

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS E TRAÇOS DE
PERSONALIDADE: O MODELO ALTERNATIVO DO
DSM-5**

Tiago André Sequeira

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Área de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde - Psicologia Clínica Dinâmica

2020

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS E TRAÇOS DE
PERSONALIDADE: O MODELO ALTERNATIVO DO
DSM-5**

Tiago André Sequeira

Dissertação orientada pelas Professoras Doutoras Rute Pires e Ana Sousa Ferreira

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Área de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde - Psicologia Clínica Dinâmica

2020

Agradecimentos

Deste já não posso deixar de agradecer à Professora Doutora Rute Pires, orientadora deste projeto, por toda a preocupação, dedicação e disponibilidade. Estou muito grato por todos os ensinamentos e por me ter ajudado a refletir e a encontrar sempre o melhor caminho para prosseguir este trabalho. Obrigado por toda a orientação ao longo deste percurso.

À Professora Doutora Ana Sousa Ferreira pelo apoio fundamental prestado ao prestado a nível da componente estatística, imprescindível para a realização deste projeto. Agradeço a disponibilidade com que me esclareceu cada dúvida. Obrigado por ter tornado os resultados tão mais fáceis de entender.

Aos meus pais, os grandes pilares de tudo, obrigado por todos os esforços, por todo o apoio, por todo o amor durante todas as fases da minha vida e por terem tornado tudo isto possível. Obrigado pela importância que têm, por me terem tornado na pessoa que sou hoje, por vibrarem com as minhas conquistas como se fossem vossas e por me terem encorajado, mesmo sem saberem, durante os momentos mais difíceis. É uma conquista que divido inteiramente com vocês, sem vocês não fazia sentido.

Aos meus irmãos, por estarem sempre presentes, por serem quem são e por todos os momentos que me ajudaram a descontraír. Obrigado pela família que somos.

À Sofia, por ter estado sempre comigo em todos os momentos, a tua presença foi imprescindível. Obrigado por toda a paciência, apoio, preocupação e por me permitires crescer contigo, tornaste tudo muito mais especial.

Ao Diogo, à Sara e à Andreia por toda a amizade ao longo desta caminhada.

Aos todos os amigos com quem partilhei e me cruzei ao longo deste percurso, por todas as memórias e momentos que vão ficar para sempre e por terem tornado esta caminhada inesquecível.

Resumo

O presente estudo procurou explorar a relação entre as perturbações depressivas e os traços de personalidade, através do Modelo dos Cinco Fatores da personalidade (operacionalizado pelo NEO-FFI) e do modelo de traços patológicos subjacente ao critério B do Modelo Alternativo do DSM-5 para as Perturbações de Personalidade (operacionalizado pelo PID-5). Foram aplicados três instrumentos: um Questionário Sociodemográfico e as versões portuguesas do NEO-FFI e do Inventário da Personalidade para o DSM-5 – Adultos (PID-5). Os resultados destes instrumentos foram analisados comparando dois grupos de participantes da população clínica: um grupo com o diagnóstico de perturbações depressivas ($n = 72$) e um grupo com outros diagnósticos psiquiátricos ($n = 238$). Foi também analisada a capacidade preditiva das variáveis sociodemográficas (sexo e idade) e dos traços de personalidade avaliados pelo PID-5 relativamente ao grupo diagnosticado com perturbação depressiva.

Os resultados evidenciaram diferenças significativas entre os dois grupos. O grupo com perturbações depressivas apresentou os seguintes resultados: no NEO-FFI, a Extroversão apresentou resultados inferiores e a Amabilidade resultados superiores; nos domínios do PID-5, o Desprendimento apresentou resultados mais elevados e o Antagonismo e a Desinibição resultados mais baixos; nas facetas do PID-5, a Insegurança de separação, a Hostilidade, a Manipulação, a Procura de atenção, a Impulsividade, o Envolvimento em comportamentos de risco, as Crenças e experiências incomuns, a Falsidade, a Irresponsabilidade e a Insensibilidade apresentaram resultados mais baixos e o Afastamento, o Evitamento da intimidade, a Anedonia e a Depressividade resultados mais elevados. Concluiu-se também que: a idade e valores baixos no Antagonismo, Falsidade, Impulsividade, Insegurança de Separação foram preditores de pertencer ao grupo com perturbações depressivas e valores altos em Depressividade e Suspeição mostraram-se também preditores da depressão.

Estes resultados foram discutidos tendo como base estudos anteriores e o referencial teórico psicodinâmico.

Palavras-chave: Perturbações Depressivas; Personalidade; Modelo dos Cinco Fatores, Modelo Alternativo do DSM-5; NEO-FFI; PID-5

Abstract

The present study sought to explore the relationship between depressive disorders and personality traits, using the Big Five Personality Model (operationalized by the NEO-FFI) and the pathological traits model underlying criterion B of the Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders (operationalized by the PID-5). Three instruments were applied: a Sociodemographic Questionnaire and the Portuguese versions of the NEO-FFI and the Personality Inventory for the DSM-5 - Adults (PID-5). The results of these instruments were analyzed by comparing two groups of participants from the clinical population: a group with the diagnosis of depressive disorders ($n = 72$) and a group with other psychiatric diagnoses ($n = 238$). The predictive capacity of sociodemographic variables (sex and age) and personality traits assessed by PID-5 was also analyzed for the group with diagnosis of depressive disorders.

The results showed significant differences between the two groups. The group with depressive disorders presented the following results: in the NEO-FFI, Extroversion presented lower results and Agreeableness higher results; in the PID-5 domains, Detachment showed higher results and Antagonism and Disinhibition lower results; in the facets of PID-5, Separation insecurity, Hostility, Manipulativeness, Attention seeking, Impulsivity, Risky taking, Unusual beliefs and experiences, Deceitfulness, Irresponsibility and Callousness showed lower results and Withdrawal, Intimacy avoidance, Anhedonia and Depressivity higher results. It was also concluded that: age and low values in Antagonism, Deceitfulness, Impulsivity, Separation insecurity were predictors of belonging to the group with depressive disorders and high values in Depressivity and Suspiciousness were predictors of depression.

These results were discussed considering previous studies and psychodynamic theories.

Keywords: Depressive disorders; Personality, Big Five Personality Model, Alternative Model of DSM-5; NEO-FFI; PID-5.

Índice

Introdução	1
Enquadramento Teórico	3
Depressão	3
Depressão numa perspetiva psicodinâmica	4
Personalidade	9
Modelos e Teorias da Personalidade	9
Modelos Categroriais e Modelos Dimensionais da Personalidade	11
Modelo dos Cinco Fatores da Personalidade	12
Modelo Alternativo do DSM-5 para as Perturbações da Personalidade	14
Perturbações depressivas e traços de personalidade	16
Modelos para compreender a relação entre personalidade e depressão	19
Problematização	22
Objetivos	22
Hipóteses	23
Método	25
Participantes	25
Instrumentos e medidas	29
Questionário Sociodemográfico	29
Inventário da Personalidade para o DSM-5 – Adultos (PID-5)	29
Inventário de Personalidade NEO-FFI	30
Procedimento	31
Resultados	32
Estudo metrológico	32
PID-5: Inventário da Personalidade para o DSM-5 – Adultos	32
Inventário de Personalidade NEO-FFI	34
Análise da normalidade das distribuições das variáveis em estudo	35
Testes de significância para comparação dos resultados nas duas populações	36
Análise de regressão	41
Discussão	47
Conclusões	55
Limitações e investigações futuras	56

Implicações clínicas.	56
Referências bibliográficas	58

Índice de Quadros

Quadro 1. <i>Características sociodemográficas da amostra total (N = 310)</i>	25
Quadro 2. <i>Distribuição dos diagnósticos principais na amostra do grupo de participantes com perturbação depressiva (n = 72).</i>	26
Quadro 3. <i>Catacterísticas sociodemográficas do grupo de participantes com perturbações depressivas (n = 72)</i>	26
Quadro 4. <i>Distribuição dos diagnósticos principais na amostra do grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos (n = 238)</i>	27
Quadro 5. <i>Características sociodemográficas do grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos (n = 238)</i>	28
Quadro 6. <i>Coeficientes de precisão (Alfa de Cronbach) e medidas descritivas (Média e Desvio-Padrão) dos domínios e facetas do PID-5 – Adultos na amostra total (N = 310)</i>	33
Quadro 7. <i>Coeficientes de precisão (Alfa de Cronbach) e medidas descritivas (Média e Desvio-Padrão) dos domínios do NEO-FFI na amostra total (N = 310)</i>	35
Quadro 8. <i>Comparação entre o grupo com perturbações depressivas e o grupo com outras perturbações psiquiátricas (Médias, Desvios-Padrão, estatística t, valor-p e respetiva dimensão do efeito) relativamente aos domínios e facetas do PID-5</i>	36
Quadro 9. <i>Comparação entre o grupo com perturbações depressivas e o grupo com outras perturbações psiquiátricas (Médias das ordens, estatística z, valor-p e respetiva dimensão do efeito) relativamente às facetas Depressividade, Falsidade, Insensibilidade e Irresponsabilidade do PID-5</i>	38
Quadro 10. <i>Comparação entre o grupo com perturbações depressivas e o grupo com outras perturbações psiquiátricas (Médias, Desvios-Padrão, estatística t, valor-p e respetiva dimensão do efeito) relativamente aos domínios do NEO-FFI</i>	38
Quadro 11. <i>Sumário da análise da regressão logística binomial para os domínios do PID-5 na predição da perturbação depressiva</i>	43
Quadro 12. <i>Sumário da análise da regressão logística binomial para as variáveis Sexo, Idade e facetas do PID-5 na predição da perturbação depressiva</i>	45

Introdução

A depressão é um dos problemas de saúde pública em maior expansão e é uma das perturbações mentais com maior prevalência em Portugal e no Mundo, sendo um dos grandes desafios que se colocam às políticas de saúde pública. É considerada uma das doenças que mais afeta a qualidade de vida (Ministério da Saúde, 2018) e é uma das perturbações de saúde mental mais frequentemente associada ao suicídio (World Health Organization (WHO, 2017).

Para compreender melhor este tipo de perturbações é importante distinguir a depressão e a tristeza. A depressão é uma resposta disfuncional e patológica, muito prolongada no tempo. Por outro lado, as emoções conotadas como negativas, como a tristeza, pelo mal-estar que podem causar, muitas vezes são importantes e funcionam como uma resposta adaptativa a um acontecimento de vida adverso (Maj, 2010).

Relativamente à personalidade, esta manifesta-se como um dos aspetos com maior preponderância no desenvolvimento de perturbações psiquiátricas, nomeadamente das perturbações depressivas. A hipótese de que a depressão está ligada à personalidade é discutida desde a antiguidade (Klein, Kotov, & Bufferd, 2011) e as suas relações há muito que são do interesse clínico (Hayward, Taylor, Smoski, Steffens, & Payne, 2013). Sendo a personalidade depressiva frequente encontrada em contexto clínico é fundamental e necessário aprofundar a sua compreensão.

A dimensão depressiva da personalidade pode ser considerada um fenómeno dimensional e contínuo, entre o normal e o patológico (Campos, 2009; Coimbra de Matos, 2001) e a psicopatologia seria uma acentuação desses traços desadaptativos e a expressão sintomática de tendências com origem no desenvolvimento precoce. Assim, a identificação de traços associados a uma maior vulnerabilidade à depressão tem implicações clínicas importantes no desenvolvimento de esforços de prevenção, na conceptualização de casos, no diagnóstico e na resposta ao tratamento (Hayward et al., 2013; Kotov, Gamez, Schmidt, & Watson, 2010).

O paradigma da psicopatologia da personalidade tem vindo a mudar de uma abordagem categorial para uma abordagem mais dimensional. Como consequência, no DSM-5, foi proposto um Modelo Alternativo para as perturbações da personalidade que é um híbrido das abordagens dimensional e categorial. Este modelo avalia cinco domínios da personalidade, que correspondem aos polos desadaptativos do Modelo dos Cinco Fatores da Personalidade, e vinte e cinco facetas específicas (APA, 2014).

É neste contexto que surge este estudo, integrado no projeto de investigação intitulado “Personalidade e Psicopatologia: Estudos de adaptação do The Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) – Adult para a população portuguesa”. Este estudo tem como objetivo compreender a relação entre as perturbações depressivas e os traços de personalidade através do Modelo Alternativo do DSM-5 para as Perturbações da Personalidade (APA, 2014) e contribuir para a validação da versão portuguesa do PID-5 na população clínica portuguesa. Participaram neste estudo 310 participantes que estavam a ser seguidos em unidades de Saúde Mental. Seguindo o protocolo desta investigação foram aplicados cinco instrumentos de avaliação, dos quais apenas se utilizaram três para a realização deste estudo: o Questionário Sociodemográfico, o NEO-FFI e o PID-5.

Este estudo encontra-se dividido em diferentes capítulos. Começa pelo enquadramento teórico, onde foram explorados três temas principais: em primeiro lugar uma parte dedicada às perturbações depressivas; segue-se uma secção sobre a personalidade, onde se abordam os modelos categoriais e dimensionais; e por fim, é abordada a relação entre as perturbações depressivas e os traços de personalidade.

Na secção seguinte é definida a problemática em que se baseia esta investigação e são colocados os objetivos e as hipóteses, com base na literatura consultada. Segue-se o método, onde é feita uma descrição dos participantes, dos instrumentos utilizados e do procedimento de recolha de dados. Depois passamos para parte da análise dos resultados, onde é apresentado o estudo metrológico dos instrumentos e todas as análises estatísticas realizadas para avaliar as hipóteses colocadas.

Por fim, é realizada a discussão dos resultados, com base na literatura e na abordagem psicodinâmica, a conclusão e são apontadas as limitações do estudo, algumas direções futuras e os contributos deste estudo para a investigação e para a prática clínica.

Enquadramento Teórico

Depressão

A depressão é uma das perturbações mentais com maior prevalência em Portugal e no Mundo, sendo muitas vezes intitulada como a “doença do século”. Segundo a American Psychiatric Association (APA, 2014), uma em cada quatro pessoas sofre, sofreu ou vai sofrer de depressão e estima-se que, no mundo, mais de 300 milhões de pessoas sofram desta perturbação (WHO, 2017). A perturbação depressiva é considerada uma das maiores causas de incapacidade e é uma das perturbações de saúde mental mais frequentemente associada ao suicídio (WHO, 2017).

Em Portugal, segundo o retrato da saúde de 2018 (Ministério da Saúde, 2018), a depressão é um dos problemas de saúde que mais afeta os portugueses e a sua qualidade de vida, sendo que estes números têm vindo a aumentar ao longo dos anos. O Inquérito Nacional de Saúde, relativo ao ano de 2014, realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (2016) em colaboração com o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge estimou que a depressão afete cerca de 10% da população portuguesa, enquanto em 2016, a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSM, 2016) estimou que a depressão afete cerca de 20% da população portuguesa ao longo da vida, sendo considerada a principal causa de incapacidade e a segunda causa de perda de anos de vida saudáveis.

O primeiro Estudo Epidemiológico Nacional de Perturbações Mentais realizado em Portugal, com representatividade nacional, mostrou que o nosso país tem uma das taxas mais altas da Europa em todos os grupos de perturbações mentais (Almeida & Xavier, 2013). O grupo das perturbações de ansiedade é o que apresenta uma prevalência mais elevada (16.5%), seguindo-se o grupo das perturbações do humor (7.9%). A depressão major representa a larga maioria das perturbações do humor e é a entidade nosológica com maior prevalência na amostra estudada (16.7%) (Almeida & Xavier, 2013).

Comparativamente com os outros tipos de doenças mentais, as perturbações depressivas apresentam um padrão de maior gravidade sendo que das pessoas diagnosticadas, 11.7% apresenta gravidade ligeira, 59% moderada e 29.3% grave (Almeida & Xavier, 2013). São vários os estudos que mostram que as mulheres são mais afetadas do que os homens (e.g., Akhtar-Danesh & Landeen, 2007) e a depressão é a terceira doença com maior morbilidade nas mulheres, e a quarta nos homens (Ministério da Saúde, 2018).

Assim, podemos observar que Portugal é um dos países onde a depressão assume uma maior gravidade e onde o intervalo de tempo entre o aparecimento dos sintomas e o início do tratamento é dos mais elevados (Almeida & Xavier, 2013). Neste estudo, verificou-se que apenas 37% das pessoas com depressão major tiveram uma consulta médica no primeiro ano da doença e que, em média, há um intervalo de cerca de quatro anos desde o início dos sintomas até receberem tratamento (Almeida & Xavier, 2013).

A depressão é, sem dúvida, um problema de saúde pública em forte expansão e há muito tempo que é alvo de interesse e de estudo. A investigação nesta área é uma mais-valia e permitirá conhecer de forma mais aprofundada a dinâmica subjacente à depressão.

Esta perturbação é considerada um dos principais fatores de risco do suicídio, e perante estes dados torna-se crucial conseguir identificar e diagnosticar de forma mais precoce estas pessoas de modo a ter uma abordagem terapêutica mais eficaz. A depressão, mesmo nos casos mais graves, pode ser tratada e quanto mais cedo o tratamento for iniciado, mais eficaz poderá ser.

Para Campos (2009) a depressão abrange uma multiplicidade de significações que se diferenciam em função da época, podendo assim ser conceptualizada sob diferentes perspetivas, como quadro clínico, personalidade ou estado afetivo.

Enquanto quadro clínico, as perturbações depressivas caracterizam-se fundamentalmente por humor deprimido, irritabilidade, falta de energia e falta de interesse e prazer nas atividades diárias (APA, 2014). Estes sintomas podem ainda ser acompanhados de sintomas como a perda ou ganho significativo de peso, alterações nos padrões de sono, dificuldades de concentração, sentimentos de culpa e pensamentos recorrentes de morte ou suicídio. Estes sintomas causam um sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento em diversas áreas importantes da vida do indivíduo (APA, 2014).

Para compreender da melhor forma este tipo de perturbações, é importante não confundir e começar por distinguir a depressão e a tristeza. A tristeza pode ser entendida como uma resposta adaptativa a um acontecimento de vida adverso, enquanto a depressão é uma resposta disfuncional e patológica, sendo mais prolongada no tempo (Maj, 2010).

Depressão numa perspetiva psicodinâmica.

As teorias de orientação psicodinâmica pretendem compreender os processos mentais inconscientes que incluem pensamentos, sentimentos, motivações e os conflitos

internos, fora do conhecimento consciente, e que influenciam as características da personalidade do indivíduo e os seus comportamentos.

A influência das experiências precoces nas estruturas mentais emergentes durante o desenvolvimento é o denominador comum da psicopatologia depressiva. No entanto, o modelo psicanalítico mais atual tem uma ampla compreensão das perturbações do humor, englobando na sua abordagem da depressão, aspetos biológicos, funções cognitivas e aspetos psicoafectivos das relações interpessoais (Akiskal, 2005). As abordagens categoriais defendem uma descontinuidade (o indivíduo tem ou não tem a doença), enquanto a perspectiva psicodinâmica, adotada neste estudo, defende uma continuidade entre o normal e o patológico (e.g., Campos, 2009; Gullestad, 2003).

Sigmund Freud na sua obra *Luto e melancolia* (1917/1996) tentou compreender a estrutura dinâmica da depressão. No seu trabalho relaciona luto e melancolia destacando que apesar de ambos terem características clínicas comuns, são diferentes. Para o autor ambos constituem reações à perda de um objeto de amor, no entanto, na melancolia encontrar-se-ia uma forma patológica dessa manifestação, uma vez que também ocorre uma perda ao nível do próprio ego. No luto, é o mundo que se torna pobre e vazio, enquanto na melancolia é o próprio ego (Freud, 1917/1996).

No luto existe uma perda real do objeto e o sentimento de que o mundo ficou mais pobre e vazio, sem existir uma perda da autoestima. O trabalho de luto implica um confronto com a realidade, em que o objeto amado já não existe, passando a exigir que toda a libido seja retirada das ligações com aquele objeto (Freud, 1917/1996). Apesar de ser um processo bastante doloroso, quando concluído o ego fica novamente livre.

Na melancolia existe uma perda, difícil de definir, porque ainda que o paciente saiba quem perdeu, não sabe o que perdeu nessa pessoa. O eu torna-se pobre e vazio com tendência a autoacusações e culpa, conduzindo a uma diminuição acentuada da autoestima e a um empobrecimento do ego. Assim sendo, na melancolia, o objeto pode não ter morrido, mas foi perdido enquanto objeto de amor (Freud, 1917/1996).

Nesta manifestação patológica, a perda da relação objetal não originou, como seria normal, a retirada da libido desse objeto e o investimento num outro objeto de amor, levando ao seu deslocamento para o ego. Ocorre assim, uma identificação do eu com o objeto perdido, o que origina sentimentos ambivalentes. Assim, a agressividade sentida pelo objeto não gratificante, mas do qual o indivíduo depende, passa a ser dirigida contra si próprio, e o seu ego é representado sem qualquer valor e incapaz de qualquer realização (Freud, 1917/1996).

O objeto externo é substituído de forma onipotente por um objeto interno (o eu identificado com o objeto) e em resposta à dor da perda, o eu cliva-se em duas partes, a parte clivada do eu (instância crítica) que se volta contra a outra parte, o eu identificado com o objeto (Freud, 1917/1996).

Para Freud (1917/1996) uma condição necessária para o processo melancólico é uma perturbação no desenvolvimento narcísico primitivo, o melancólico não tem capacidade de se desligar do objeto perdido e regride de um relacionamento objetal narcísico para uma identificação narcísica. Há a substituição de uma relação externa por uma relação objetal interna inconsciente. Assim, perante uma perda, o melancólico é incapaz de enlutar, é incapaz de se confrontar com a realidade, e de estabelecer um amor objetal maduro com outra pessoa. O processo melancólico é inconsciente e marcado pela ambivalência (Freud, 1917/1996).

Ao longo do tempo, as perspectivas psicodinâmicas não se focaram em estabelecer tipos de personalidade depressiva, mas sim traços de personalidade que poderiam aumentar o risco de depressão (Bagby, Ryder, & Schuller, 2003). O temperamento depressivo é referido como um dos estados fundamentais que predis põem os indivíduos à depressão (Kraepelin, 1921, citado por Bagby et al., 2003) e os traços depressivos podem ser encontrados em indivíduos normais. (Kretschmer, 1925, citado por Bagby et al., 2003).

Blatt (1974) baseando-se na sua experiência clínica e de pesquisa empírica distinguiu, fundamentalmente, dois tipos de depressão, a depressão anaclítica e a depressão introjetiva.

O autor aborda esta dicotomia pela observação dos fenômenos depressivos ao longo da vida, observando que estes dois tipos de depressão implicam vulnerabilidades distintas face a acontecimentos de vida negativos e stressantes. Por exemplo, a perda de um relacionamento importante no caso dos anaclíticos, ou o fracasso em algum objetivo de vida importante nos introjetivos (Blatt, 2004). Para Blatt (1974) as perturbações no desenvolvimento das representações objetais criam uma vulnerabilidade específica à perda objetal e a depressões futuras.

A depressão anaclítica é caracterizada por questões interpessoais de cuidado e amor, existindo uma vulnerabilidade à perda do objeto e a sentimentos de solidão, tristeza e rejeição. O medo central é o de não ser amado e de ser abandonado (Blatt, 1974), havendo uma grande necessidade de manter laços de apoio e amor. Blatt (1974) diz que as experiências desviantes do estágio de desenvolvimento oral, definido por Freud na

teoria do desenvolvimento psicosssexual, estariam na base deste tipo de depressão. Esta depressão ocorre com maior frequência nas mulheres, pois estas são mais ligadas a questões de relacionamento do que os homens.

Por outro lado, a depressão introjetiva é marcada por questões de autodefinição, separação, autonomia e perfeccionismo. As preocupações centrais estão na autocrítica, no valor de si próprio e na dúvida. Há uma vulnerabilidade maior a sentimentos de fracasso, desvalorização, inferioridade, culpa e um medo de não ser merecedor de amor, de aprovação e de aceitação (Blatt, 1974). Existe um medo profundo de fracassar, o que traz consequentemente culpa, que pode ser sentida como auto-culpa ou projetada de forma agressiva nos objetos mais importantes (Blatt, 2004).

Para Blatt esta depressão está localizada num nível de desenvolvimento superior, sendo construída em torno de experiências negativas da fase de separação-individuação de Mahler (1982) e está relacionada com questões do superego e de culpa. Mais uma vez, podemos constatar a existência de ligações e de relações diretas entre fenómenos da vida adulta e experiências originárias e específicas da infância. A depressão introjetiva ocorre com maior frequência nos homens, que são mais ligados a questões de autodefinição, conquista e ambição.

Estes tipos de depressão diferem na sintomatologia e também nas experiências infantis que criam uma predisposição para a depressão anaclítica ou para a depressão introjetiva, com implicações para o prognóstico e para o resultado psicoterapêutico (Blatt, 2004). Segundo Blatt (2004), estes dois tipos de depressão interligam-se num mesmo contínuo e podem coexistir.

Assim, o desenvolvimento da personalidade dá-se através do desenvolvimento da capacidade de estabelecer relações interpessoais gradualmente mais maduras, recíprocas e satisfatórias, e do desenvolvimento de uma identidade e autodefinição positivas e integradas (Blatt, 2004). O equilíbrio entre o desenvolvimento destas duas capacidades contribuiria para a evolução recíproca ao nível da identidade, autonomia e de relações interpessoais estáveis.

Para Coimbra de Matos (2001), a perturbação mental assenta na noção de continuidade, observando-se linhas (contínuos) de psicopatologia, incluindo a linha depressiva. A depressão é uma estrutura que se situa entre a estrutura neurótica e psicótica, sendo que o autor se refere ao deprimido como o rico que ficou pobre, em contraste com o psicótico que é o pobre que sempre foi pobre. Para o autor não existe depressão sem uma perda afetiva.

A depressão é uma condição psicológica de abatimento, desespero e dificuldade de investimento na ação, resultante de uma excessiva submissão ao objeto idealizado e a um superego esmagador da ação espontânea do ego. Existe uma diminuição da energia psíquica e vital da libido, da motivação e do interesse pelo real, mas também uma incapacidade e pessimismo em relação ao futuro (Coimbra de Matos, 2001).

A estrutura depressiva organiza-se através de pequenas perdas acumuladas e o fenómeno central é a perda afetiva na infância, a perda do amor do objeto que continua investido e idealizado na sua representação inconsciente, explicando a queda libidinal. Existe uma relação patológica em que o indivíduo dá mais do que recebe, o que origina perante uma perda afetiva uma reação depressiva (Coimbra de Matos, 2001).

O estilo relacional é marcado pela dependência do objeto do qual provém a satisfação e o apoio, existindo poucos comportamentos de procura da autonomia e de expansividade do eu (Coimbra de Matos, 2001). A perda do objeto de amor fere narcisicamente e é assim responsável pela baixa autoestima tão característica da depressão, o deprimido culpabiliza-se por não ser suficientemente bom para ser amado virando a agressividade para si próprio (Coimbra de Matos, 2001).

À semelhança do modelo de Blatt, Coimbra de Matos também diferencia dois tipos de experiência depressiva, a depressão anaclítica e introjetiva, distinguindo ainda a depressão falhada relacionada com a psicossomática (Coimbra de Matos, 2001).

De forma resumida, a depressão anaclítica está relacionada com problemas de relacionamento e dependência, incorporando sentimentos de desamparo, solidão, abandono, angústia de separação e a desejos de ser cuidado e protegido. O indivíduo não tem uma representação interna estável do objeto e não consegue viver sem ele, existindo um grande medo de ser abandonado (Coimbra de Matos, 2001). A depressão introjetiva relaciona-se com a perda do amor do objeto, o indivíduo acha que perdeu o amor do objeto porque não é suficientemente bom, porque não merece. Sentiu-se amado e investido, mas perdeu essa relação, e, ao invés de se “zangar” com o objeto, culpabiliza-se, é uma dimensão mais ligada à culpa ou ao narcisismo (Coimbra de Matos, 2001).

Assim, para conservar o amor do objeto e defender-se da ambivalência, o indivíduo cliva a representação do objeto em duas partes, de um lado um objeto idealizado perdido que permanece investido consumindo a libido que deveria ser investida no mundo externo, e de outro lado um objeto odiado e introjetado, que absorve a agressividade que deveria ser dirigida ao objeto externo (Coimbra de Matos, 2001).

Em suma, Coimbra de Matos (2001) considera que a depressão tem na sua origem uma perda afetiva. Na depressão anaclítica a perda da proteção e cuidado do objeto e na depressão introjetiva a perda do amor do objeto, sendo que a falta de esperança na recuperação daquilo que foi perdido causa o abatimento, diminuição da energia vital e desinteresse pelo mundo externo.

As teorias as psicodinâmicas têm salientado três características da personalidade depressiva: a dependência (aspeto anaclítico da depressão), os traços perfeccionistas e o masoquismo (aspetos introjetivos da depressão). A ideia de que a dependência e a culpabilidade resultam da atividade de um supereu muito exigente está presente em várias destas teorias (e.g., Blatt, 2004; Coimbra de Matos, 2001; Kernberg, 1970).

Personalidade

Modelos e Teorias da Personalidade.

Em termos etimológicos, a palavra “personalidade” provém do latim *persona*, que se referia a uma máscara utilizada pelos atores na representação de uma peça de teatro na Antiguidade Clássica (Schultz & Schultz, 2008).

O conceito de personalidade, desde a sua origem, tem vindo a ganhar um lugar privilegiado no mundo da psicologia tendo uma grande relevância para a compreensão da vida mental e daquilo que somos (Schultz & Schultz, 2008). Têm sido vários os autores que procuraram chegar a uma definição deste conceito de acordo com a sua própria conceção da natureza humana, existindo várias perspetivas e teorias sobre a personalidade.

No entanto, existem definições mais conciliadoras e aceites por admitirem que a personalidade é um fenómeno dotado de uma multiplicidade de explicações teóricas (Schultz & Schultz, 2008). Apesar das diversas teorias explicativas do desenvolvimento da personalidade todas elas assumem que a personalidade tem um papel importante na predição do comportamento humano. A personalidade é o conjunto dos aspetos internos e externos relativamente estáveis e permanentes que influenciam o comportamento de cada indivíduo em diversas situações (Schultz & Schultz, 2008).

Gordon Allport (1961) foi o pioneiro no campo da psicologia da personalidade, referindo-a como a organização dinâmica e interna dos sistemas psicofisiológicos que determinam padrões de comportamento e pensamento característicos de cada um. Os sistemas psicofisiológicos são resultado de uma combinação de condições biológicas e

psicológicas que determinam a existência de padrões comportamentais, ideativos e cognitivos distintos e únicos para cada indivíduo (Allport, 1961).

Allport introduz a noção de traços de personalidade, conotando este conceito como a unidade básica da personalidade e como prova de uma relativa coerência subjacente à individualidade, permitindo responder de forma consistente a diferentes tipos de situações e estímulos (Allport, 1961). Segundo o autor existiriam traços individuais e traços comuns. Os traços individuais são exclusivos de cada indivíduo, o que é próprio e único de cada um e são a base da personalidade individual, enquanto os traços comuns são partilhados especialmente pela população culturalmente mais próxima e são expressos com diferentes graus de intensidade de indivíduo para indivíduo.

Os contributos essenciais da teoria de Allport (1961) mostram-nos que a personalidade possui uma organização, é ativa e representa um processo dinâmico no interior de cada um, é um conceito psicológico com bases fisiológicas, é uma força causal interna que ajuda a determinar a forma como o indivíduo se posiciona no mundo, é constituída por padrões de resposta consistentes e reflete-se em comportamentos, pensamentos e sentimentos.

Atualmente, a ideia de que a personalidade se desenvolve através de estádios está ultrapassada (McAdams & Olson, 2010), pelo que considero pertinente apresentar, de forma sintética, o modelo integrativo da personalidade de McAdams e Olson (2010).

Neste modelo, a personalidade é vista como um construto desenvolvimentista, com momentos de transição variáveis entre os indivíduos, envolvendo continuidades e mudanças ao longo da vida. Assim, os autores propõem a integração de três valências da psicologia individual: traços disposicionais, adaptações características e narrativas de vida integrativas (McAdams & Olson, 2010).

Segundo McAdams e Olson (2010), os traços emergem primeiro dando forma às diferenças individuais resultantes de um conjunto de disposições biológicas e adquiridas e são responsáveis pela consistência do comportamento de cada indivíduo, que é encarado como ator da sua própria história de vida. Estes traços consolidam-se na infância, começando a aparecer as motivações e os objetivos. O desenvolvimento posterior destas adaptações características permite a construção da identidade da narrativa pessoal, que se desenvolve na adolescência ou no início da idade adulta, e que assume um papel fundamental para a compreensão do indivíduo e da sua história de vida, tendo como objetivo fornecer unidade, propósito e significado à vida (McAdams & Olson, 2010).

Modelos Categóricos e Modelos Dimensionais da Personalidade.

Durante muitos anos diversos investigadores e clínicos tentaram perceber se o sistema categorial de diagnóstico para as perturbações da personalidade, incorporado nas várias versões do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, seria clinicamente útil e adequado para entender a verdadeira natureza dessas formas de psicopatologia (Trull & Durrett, 2005).

Desde a terceira edição do DSM, em 1980, que o diagnóstico das perturbações da personalidade é definido através da presença ou ausência de critérios específicos para cada patologia da personalidade.

A abordagem categorial de classificação das perturbações de personalidade oferece vantagens pragmáticas (Trull & Durrett, 2005). Este sistema de diagnóstico é, desde logo, congruente com as decisões clínicas, dado que as opções de tratamento tendem a ser categoriais, simplificando o foco clínico e a decisão sobre o tratamento (Trull & Durrett, 2005). Outra das vantagens é que facilita a comunicação da psicopatologia, permitindo reduzir a informação ao mais essencial possível, facilitando a comunicação da informação ao paciente e aos outros profissionais de saúde (Trull & Durrett, 2005).

No entanto, esta abordagem categorial das perturbações da personalidade tem sofrido diversas críticas que levantam dúvidas sobre a validade do diagnóstico de algumas perturbações e têm-lhe sido apontadas várias limitações (Al-Dajani, Gralnick, & Bagby, 2016; Krueger, Hopwood, Wright, & Markon, 2014; Krueger & Markon, 2014; Skodol et al., 2011; Trull & Durrett, 2005; Widiger & Simonsen, 2005).

Algumas das limitações apontadas são o elevado grau de comorbilidade existente, a instabilidade temporal dos diagnósticos (o que vai contra a própria definição de personalidade), a arbitrariedade dos pontos de corte, a grande heterogeneidade entre pacientes com o mesmo diagnóstico de perturbação da personalidade e o facto deste sistema categorial de classificação não abranger de forma adequada as diversas manifestações das perturbações da personalidade, sendo atribuído de forma excessiva o diagnóstico de “perturbação da personalidade sem outra especificação” (Al-Dajani, Gralnick, & Bagby, 2016; Krueger, Hopwood, Wright, & Markon, 2014; Krueger & Markon, 2014; Skodol et al., 2011; Trull & Durrett, 2005; Widiger & Simonsen, 2005).

Assim, os modelos dimensionais vêm trazer contributos que tentam colmatar algumas das limitações subjacentes aos sistemas categoriais (Trull & Durrett, 2005). Os modelos dimensionais permitem a integração de um vasto conhecimento científico que tem mostrado que as perturbações mentais se relacionam com a estrutura da personalidade

(Kotov et al., 2010), fornecem informações mais estáveis ao longo do tempo, ajudam a entender a heterogeneidade dos sintomas permitindo uma compreensão mais ampla da personalidade e são bastante úteis para explicar a comorbilidade (Trull & Durrett, 2005).

Desta forma, o paradigma da psicopatologia da personalidade tem vindo a mudar de uma abordagem categorial para uma abordagem mais dimensional. Ainda assim, apesar das suas vantagens, o uso exclusivo da abordagem dimensional pode trazer dificuldades acrescidas na comunicação eficaz entre profissionais (Al-Dajani et al., 2016), pelo que, no DSM-5, existiu a preocupação de encontrar uma estrutura empírica e consensual, sendo proposto um Modelo Alternativo para compreender as perturbações da personalidade que, embora não seja considerado o modelo “oficial”, corresponde a um híbrido entre os sistemas de classificação categorial e dimensional (Krueger et al., 2014).

Este novo modelo permite que a avaliação se foque em múltiplas áreas relevantes da personalidade de cada indivíduo, não se ficando apenas por um rótulo diagnóstico e implicando a avaliação de cinco domínios bastante abrangentes da personalidade (Al-Dajani, et al., 2016). O DSM-5 representa uma oportunidade, sem precedentes, de implementar uma transição para uma abordagem dimensional e empírica para a compreensão as perturbações da personalidade (Krueger & Markon, 2014).

Modelo dos Cinco Fatores da Personalidade.

Tendo em conta os objetivos deste estudo e a literatura consultada, vai ser apresentado de seguida o Modelo dos Cinco Fatores da Personalidade (Costa & McCrae, 1992). Este modelo é uma representação dimensional da estrutura da personalidade e pressupõe a continuidade entre as variações adaptativas e desadaptativas dos traços de personalidade (Costa & McCrae, 1992).

Os cinco fatores foram encontrados empiricamente através de análises fatoriais, que demonstraram de forma consistente que os traços de personalidade podem ser agrupados em cinco dimensões, a Extroversão, o Neuroticismo, a Amabilidade, a Conscienciosidade e a Abertura à Experiência.

Segundo Costa e McCrae (1992), a Extroversão remete para a quantidade e intensidade das relações interpessoais, identificando o nível de atividade, a necessidade de estimulação e a capacidade para exprimir sentimentos de alegria.

O Neuroticismo é a dimensão que opõe a instabilidade à estabilidade emocional, e que caracteriza indivíduos com propensão para a descompensação psíquica, crenças

irrealistas, respostas de *coping* desadaptativas e uma maior carência emocional, estando fortemente associado à sintomatologia depressiva (Costa & McCrae, 1992).

A Abertura à Experiência refere-se à procura ativa e apreciação da experiência por si própria, à curiosidade intelectual e aos movimentos exploratórios na procura de novas experiências (Costa & McCrae, 1992).

A Amabilidade diz respeito à qualidade da disposição interpessoal num espectro que vai da compaixão ao antagonismo nos comportamentos, pensamentos e sentimentos (Costa & McCrae, 1992).

A Conscienciosidade refere-se ao grau de organização, persistência e motivação para alcançar um objetivo (Costa & McCrae, 1992).

Este modelo pressupõe que os traços de personalidade representam as dimensões das diferenças individuais e a tendência para apresentar padrões de comportamentos, pensamentos e sentimentos consistentes (Costa & McCrae, 1992).

Costa e McCrae (1992) constatarem uma elevada estabilidade temporal dos traços, desvalorizando as influências ambientais. No entanto, existem alguns estudos que põem em causa a estabilidade temporal destes traços, nomeadamente os níveis de Neuroticismo e de Extroversão que se alteram com o tempo e consoante as experiências e os contextos vividos (Scollon & Diener, 2006). De facto, mais tarde McCrae & Costa (2004) reconheceram que os traços, embora estáveis, apresentam uma relativa plasticidade sobretudo em resposta ao desenvolvimento e ao ambiente, sendo que atingem uma maior estabilidade na idade adulta, sensivelmente depois dos 30 anos de idade.

Seguindo a mesma linha, diversos estudos observaram que o avançar da idade provoca um declínio nos níveis de Extroversão, Abertura à Experiência e de forma mais ligeira do Neuroticismo, e ainda um aumento ligeiro nos níveis da Amabilidade e Conscienciosidade, sendo estes resultados transversais a variáveis como a cultura e o sexo (McCrae & Costa, 2004; 2013).

O instrumento que operacionaliza este modelo é o *Revised NEO Personality Inventory* (NEO-PI-R), que avalia as pessoas nestas cinco dimensões globais da personalidade e nas suas facetas correspondentes (McCrae & Costa, 2004). Este instrumento apresenta muitas qualidades do ponto de vista psicométrico e para fins de investigação.

Modelo Alternativo do DSM-5 para as Perturbações da Personalidade.

Como já foi descrito anteriormente, o DSM-5 representa uma mudança de paradigma em relação aos sistemas de classificação das perturbações da personalidade ao incorporar uma abordagem ligada diretamente à estrutura empírica da personalidade (Krueger et al., 2014).

Até à 5ª edição do DSM a classificação das perturbações mentais assentava numa lógica categorial fundamentada no modelo médico tradicional. No entanto, o grupo de trabalho do DSM-5 recomendou a realização de esforços no sentido de adotar um modelo dimensional de classificação das perturbações de personalidade (Widiger, 2007), sendo proposto um Modelo Alternativo de traços para a avaliação da personalidade. Esta abordagem permite conhecer os padrões persistentes de comportamento, pensamento e afeto de forma a obter informação clinicamente mais útil e completa (Krueger et al., 2014).

Assim sendo, na Secção II deste manual, rotulada como critérios e códigos de diagnóstico foi mantido o modelo oficial de diagnóstico das perturbações da personalidade, mas com uma atualização do texto do DSM-IV-TR, e na Secção III, rotulada como medidas e modelos emergentes, encontra-se o Modelo Alternativo proposto para avaliar a personalidade (APA, 2014; Krueger et al., 2014).

No Modelo Alternativo, em comparação com a classificação oficial que continua a vigorar no DSM-5, as perturbações da personalidade foram reduzidas a apenas seis perturbações específicas: as perturbações antissocial, evitante, estado-limite (*borderline*), narcísica, obsessiva-compulsiva e esquizotípica (APA, 2014). Este modelo inclui também um diagnóstico de perturbação da personalidade com traço especificado (PPTE), que pode ser efetuado quando se considera existir uma perturbação da personalidade, embora não sejam cumpridos os critérios para uma perturbação específica (APA, 2014, p. 907).

As perturbações da personalidade são caracterizadas por sete critérios dos quais irei destacar, pelo seu carácter inovador, os critérios A e B. O critério A é relativo à presença de padrões disfuncionais de funcionamento próprio ou interpessoal e o critério B é relativo à presença de constelações de traços de personalidade patológicos. Os critérios C e D dizem respeito a estes padrões serem considerados invasivos afetando várias situações sociais e pessoais, terem uma relativa estabilidade temporal e início na adolescência ou na idade adulta. Os restantes critérios E, F e G dizem respeito a explicações alternativas para a patologia da personalidade (APA, 2014).

Este modelo caracteriza essencialmente, as perturbações da personalidade por défices no funcionamento da personalidade (critério A) e por traços de personalidade patológicos (critério B) (APA, 2014).

O Critério A que diz respeito à presença de défices no funcionamento da personalidade constitui o núcleo da psicopatologia da personalidade e é avaliado num contínuo por uma escala que avalia o nível de funcionamento da personalidade (*LPFS, Level of Personality Functioning Scale*). Esta escala permite diferenciar 5 níveis de funcionamento: 0 (Ausência de défice); 1 (Algum défice); 2 (Défice moderado); 3 (Défice grave); 4 (Défice extremo) (APA, 2014).

O Critério B refere-se a conjuntos de traços patológicos da personalidade que refletem as manifestações estilísticas de cada perturbação da personalidade. O PID-5, Inventário da Personalidade do DSM-5 (Krueger, Derringer, Markon, Watson, & Skodol, 2012), existente na versão portuguesa (Pires, Ferreira, & Guedes, 2017), é o instrumento de avaliação que operacionaliza o modelo dimensional de traços patológicos subjacente ao critério B do Modelo Alternativo para as perturbações de personalidade proposto no DSM-5 e possibilita uma avaliação da presença e da severidade dos traços patológicos descritos no modelo.

É um instrumento de autorrelato constituído por 220 itens, e que engloba cinco domínios principais e vinte e cinco facetas mais específicas. Os cinco domínios são: a Afetividade Negativa, que é a experiência frequente e intensa de níveis altos de emoções negativas, como ansiedade, depressão, culpa/vergonha, preocupação; o Desprendimento, que diz respeito ao evitamento de experiências e interações interpessoais e a uma expressão afetiva reduzida; o Antagonismo, que diz respeito a comportamentos que põem o indivíduo em conflito com outras pessoas, incluindo uma valorização exagerada de si, insensibilidade e uma falta de consciência das necessidades e sentimentos dos outros; a Desinibição, que diz respeito ao envolvimento em comportamentos de risco; o Psicoticismo, que diz respeito a comportamentos e crenças estranhas, excêntricas e culturalmente incongruentes (APA, 2014).

Relativamente a este modelo é importante referir que os traços apresentam uma dimensionalidade e uma estrutura hierárquica em relação à personalidade (APA, 2014; Krueger et al., 2012). Ou seja, todos os indivíduos podem ser localizados nas dimensões de traços, variando no grau de intensidade com que apresentam esse traço. A sua estrutura hierárquica (domínios e facetas) permite, ainda, abranger um grande conjunto de traços que descrevem a personalidade.

Os domínios do Modelo Alternativo do DSM-5 para as Perturbações da Personalidade constituem variantes desadaptativas dos domínios descritos no Modelo dos Cinco Fatores da Personalidade, sendo diversos os estudos que indicam que ambos funcionam de forma similar (e.g., Gore & Widiger, 2013; Krueger & Markon, 2014; Suzuki, Griffin, & Samuel, 2017). Nos vários estudos e análises fatoriais realizadas com os instrumentos que operacionalizam os dois modelos foi demonstrado, de forma consistente, uma estrutura de cinco fatores e foram encontradas correlações onde a Afetividade Negativa, o Desprendimento, o Antagonismo e a Desinibição, são similares, respetivamente, ao Neuroticismo e aos extremos patológicos da Extroversão, Amabilidade e Conscienciosidade, descritos no Modelo dos Cinco Fatores da Personalidade (FFM) (Al-Dajani et al., 2016; Krueger & Markon, 2014; Skodol et al., 2011; Sleep, Lamkin, Maples-Keller, & Miller, 2017). A relação entre o Psicoticismo do modelo da personalidade do DSM-5 e a Abertura à Experiência do FFM é menos clara e é necessário mais investigação (Al-Dajani et al., 2016; Skodol et al., 2011; Sleep et al., 2017).

Tem sido demonstrado em diversos estudos a validade do PID-5 e a sua convergência empírica e conceptual com outras medidas da personalidade normal e patológica (Al-Dajani et al., 2016; Krueger & Markon, 2014; Krueger et al., 2012), sendo que os estudos realizados com a versão portuguesa do PID-5 (Pires et al., 2017; Pires, Sousa Ferreira, Gonçalves, Henriques-Calado, & Paulino, 2019) também corroboram esta linha.

Os estudos realizados com o PID-5 mostraram que as escalas tendiam a apresentar-se mais elevadas nas amostras clínicas do que em amostras normativas, sugerindo uma boa capacidade discriminativa (Krueger & Markon, 2014), no entanto é necessário ter um olhar cuidadoso e crítico na avaliação da personalidade e na forma como os resultados são relatados e interpretados (Lynam, Hoyle, & Newman, 2006).

É importante a realização de mais estudos sobre o Modelo Alternativo do DSM-5 para as Perturbações da Personalidade em conjunto com instrumentos que avaliam a personalidade segundo a estrutura do Modelo dos Cinco Fatores, de modo a compreender melhor a forma como estas medidas convergem e divergem (Sleep et al., 2017).

Perturbações depressivas e traços de personalidade

A hipótese de que a depressão está ligada à personalidade é discutida desde a antiguidade, quando Hipócrates e Galeno argumentaram que "humores" específicos eram

responsáveis por tipos de personalidade e formas de psicopatologia específicas (Klein et al., 2011). Estas relações há muito que são de interesse clínico (Hayward, et al., 2013) e o conceito de personalidade depressiva é descrito e utilizado por investigadores e médicos desde o início do século XX (Ryder, Bagby, & Schuller, 2002).

Diversos investigadores verificaram que o humor deprimido e outras características da depressão podem manifestar-se como traços de personalidade crónicos e estáveis, tanto em indivíduos com depressão como em indivíduos normais, o que deu origem ao conceito de personalidade depressiva (Campos, 2009). Segundo estudos empíricos de Shedler e Westen (2004, citado por PDM Task Force, 2006), a personalidade depressiva é o tipo de estrutura de personalidade mais encontrado em contexto clínico.

A dimensão depressiva da personalidade pode ser considerada um fenómeno dimensional e contínuo, entre o normal e o patológico (Campos, 2009; Coimbra de Matos, 2001). A psicopatologia seria uma acentuação e a expressão sintomática de tendências com origem no desenvolvimento precoce. De acordo com a conceptualização psicodinâmica, relações e interações precoces perturbadas com as figuras significativas geram representações igualmente perturbadas dessas figuras, criando determinados estilos de personalidade predisponentes, que podem contribuir para a ocorrência de estados depressivos sintomáticos, quando há a influência de certos acontecimentos de vida (Besser, Vliegen, Luyten, & Blatt, 2008; Blatt, 2004).

Apesar de existirem evidências claras da existência de traços de personalidade depressiva, estas evidências não são suficientes para a inclusão das perturbações depressivas dentro do grupo das perturbações da personalidade (Ryder et al., 2002). Os traços depressivos devem ser conceptualizados de forma dimensional e como parte de um modelo abrangente da estrutura da personalidade (Ryder et al., 2002).

Como visto anteriormente, a depressão é um problema de saúde pública muito comum e grave e está associada a um maior risco de incapacidade e de suicídio (Hayward et al., 2013). A identificação de traços associados a maior vulnerabilidade à depressão tem implicações clínicas importantes no desenvolvimento de esforços de prevenção, na conceptualização de casos, no diagnóstico e na resposta ao tratamento (Hayward et al., 2013; Kotov et al., 2010). Assim, uma vez que os traços de personalidade se desenvolvem precocemente e tendem a permanecer relativamente estáveis, é importante perceber as suas relações com a depressão (Hayward et al., 2013).

As descrições da personalidade segundo o Modelo dos Cinco Fatores têm uma estabilidade elevada ao longo da vida adulta, incluindo durante e após a depressão (Morey et al., 2010; Terracciano, Costa, & McCrae, 2006).

São diversos os estudos que apontam a existência de correlações entre vários traços de personalidade e as perturbações depressivas (Clark & Watson, 1999; Hayward et al., 2013; Kim et al., 2016; Kotov et al., 2010; Petersen, Bottonari, Alpert, Fava, & Nierenberg, 2001). Ainda assim, é necessário referir que a maioria da investigação tem sido realizada ao nível dos domínios e que apesar de existir pouca investigação relativa às facetas, a investigação a esse nível promete produzir evidências mais fortes e mais específicas das relações entre traços de personalidade e perturbações depressivas, do que a investigação centrada apenas nos domínios (Hayward et al., 2013; Klein et al., 2011).

Os resultados mostram de forma consistente que níveis elevados de Neuroticismo e baixos níveis de Extroversão e Conscienciosidade estão associados à depressão (Clark & Watson, 1999; Hayward et al., 2013; Kim et al., 2016; Kotov et al., 2010; Petersen et al., 2001).

As correlações entre depressão e Neuroticismo são particularmente fortes e encontram-se em todas as suas facetas (Hayward et al., 2013; Kotov et al., 2010), sendo que altos níveis de Neuroticismo parecem também estar relacionados com sintomas depressivos mais graves e um pior prognóstico clínico (Hayward et al., 2013; Petersen et al., 2001).

Relativamente à Conscienciosidade e à Extroversão foram encontradas relações apenas em algumas das suas facetas (Hayward et al., 2013; Kotov et al., 2010). No domínio da Conscienciosidade, a depressão correlacionou-se com níveis baixos nas facetas Competência, Ordem, Dever e Auto-Disciplina (Hayward et al., 2013), e no domínio Extroversão, a depressão correlacionou-se com níveis baixos nas facetas Assertividade, Atividade e Emoções Positivas (Hayward et al., 2013).

No estudo realizado por Kotov et al. (2010), as relações encontradas entre o domínio Extroversão e a depressão foram mais fracas do que nos outros estudos. Este resultado poderá dever-se ao facto de a depressão apresentar correlações mais baixas em algumas das facetas deste domínio (Klein et al., 2011; Naragon-Gainey, Watson, & Markon, 2009).

Relativamente ao PID-5, existem poucos estudos, mas os resultados encontrados são concordantes com os resultados do Modelo dos Cinco Fatores, o que corrobora a similaridade destes dois modelos (Sleep et al., 2017).

Recorrendo a uma análise bivariada foram encontradas relações entre a depressão e os domínios Afetividade Negativa, Desprendimento, Desinibição e Psicoticismo, sendo que apenas os domínios Afetividade Negativa e Desprendimento apresentaram relações significativas com a depressão quando realizada a análise multivariada (Sleep et al., 2017).

Os resultados deste estudo mostram que a literatura científica existente em relação ao Modelo dos Cinco Fatores da Personalidade pode ser, em grande parte, generalizada para os domínios do PID-5 (Sleep et al., 2017).

Modelos para compreender a relação entre personalidade e depressão.

A literatura que relaciona personalidade e depressão é muito vasta. Esta relação foi descrita por autores de diferentes escolas ao longo do século XX e é uma questão onde nem sempre existe consenso. Existem vários modelos conceptuais que procuram explicar as relações existentes entre perturbações depressivas e traços de personalidade (Klein et al., 2011). Os diferentes tipos de relação entre a depressão e a personalidade deram origem à conceptualização de diversos modelos etiológicos (Akiskal, Hirschfeld, & Yerevanian, 1983), que serão apresentados de seguida.

Assim sendo, Klein et al. (2011) consideram que estes modelos podem ser divididos em três grupos. Os modelos *causa comum*, *espectro* e *percursor* encaram a personalidade e a depressão como tendo influências causais semelhantes, mas não como tendo uma influência causal uma na outra; o modelo da *predisposição* e o modelo *patoplástico* sustentam que a personalidade tem efeitos causais no início ou na manutenção da depressão; e por fim o modelo *concomitante* e o modelo de *consequências ou cicatrizes* encaram a depressão como tendo uma influência causal na personalidade.

No modelo *causa comum*, a personalidade e a depressão não se relacionam diretamente, a sua associação deve-se a uma terceira variável, a causa comum. Este modelo seria apoiado por evidências de que os traços de personalidade e a depressão partilham influências etiológicas (Klein et al., 2011).

O modelo do *espectro* enfatiza uma sobreposição conceptual entre perturbações depressivas e certos traços de personalidade e defende uma continuidade fundamental entre eles. Como o modelo anterior, sugere que a personalidade e a depressão não se influenciam causalmente uma à outra, mas este modelo vai mais longe ao admitir que a associação entre eles deve ser bastante específica porque se encontram no mesmo

contínuo. Assim sendo, a personalidade e a depressão formam um contínuo entre a normalidade e a patologia (Klein et al., 2011).

O modelo *percursor*, à semelhança dos modelos anteriores, defende que a personalidade e a depressão são causadas por fatores etiológicos semelhantes e têm uma similaridade fenomenológica. Este modelo difere dos anteriores na medida em que assume uma sequência de desenvolvimento específica, com os traços de personalidade a serem evidentes antes do início da perturbação depressiva. Este modelo seria apoiado por evidências de que alguns traços de personalidade fazem com que um indivíduo apresente um maior risco de desenvolver depressão ao longo do tempo (Klein et al., 2011).

Estes três modelos apresentados anteriormente não evidenciam relações causais entre depressão e personalidade. Contrariamente, o modelo *da predisposição* defende que a personalidade desempenha um papel causal no início da depressão. À semelhança do modelo *percursor*, os traços de personalidade são evidentes antes do início da depressão, no entanto, este modelo diz que os processos subjacentes à personalidade diferem daqueles que levam à depressão. O modelo implica uma interação complexa entre personalidade e fatores de risco, ou seja, as pessoas que têm um certo tipo de traços de personalidade estão mais predispostas a desenvolver depressão, mas é necessário que outra variável, um acontecimento de vida negativo, modere ou seja mediador no aparecimento da depressão (Klein et al., 2011).

O modelo *patoplástico* também defende que a personalidade tem uma influência causal na perturbação depressiva, no entanto, esta influência seria após o início da depressão. Assim, a personalidade iria influenciar a severidade, a sintomatologia, o curso e a resposta ao tratamento. Este modelo explicaria as diferenças no curso da doença de indivíduos com depressão (Klein et al., 2011).

O modelo *concomitante* e o modelo de *consequências* também defendem a existência de uma relação causal entre personalidade e depressão, no entanto essa causalidade é distinta da apresentada nos modelos anteriores (Klein et al., 2011).

Para o modelo *concomitante* a depressão altera de forma temporária a personalidade, ou seja, a personalidade seria distorcida pelo estado depressivo, mas retorna à normalidade após a recuperação. Por outro lado, o modelo de *consequências* defende que os episódios depressivos têm um efeito duradouro na personalidade, de modo a que as mudanças na personalidade persistem após a recuperação (Klein et al., 2011).

Os modelos acima descritos consideram os traços como características relativamente estáveis, no entanto, existem evidências de que a personalidade mostra

plasticidade na infância, e continua a mudar ao longo da vida, embora a consistência da personalidade aumente gradualmente com a idade (Klein et al., 2011).

Assim sendo, existem modelos dinâmicos para entender a relação entre depressão e traços de personalidade. Ormel, Oldehinkel, e Brilman (2001) defendem que, por exemplo, o temperamento com que um indivíduo nasce define o nível de risco de desenvolver depressão, mas as experiências posteriores que vai tendo ao longo da vida modificam os traços de personalidade e consequentemente o nível de risco. Neste caso, parece provável que os traços sejam mais flexíveis no início da vida (Klein et al., 2011).

Outra possibilidade seria expandir o modelo da *predisposição* para reconhecer esta plasticidade da personalidade (Ormel et al., 2001). Com base neste pressuposto, este modelo dinâmico reconhece as relações entre personalidade e ambiente e integra os mecanismos de moderação e mediação do modelo clássico de *predisposição*. No entanto, nesta versão do modelo, as experiências de vida têm influência, não só no início da depressão, mas também nos traços de personalidade e consequentemente na predisposição para a depressão.

Problematização

Este trabalho procura compreender as relações entre as perturbações depressivas e os traços de personalidade através de dois modelos dimensionais, o Modelo dos Cinco Fatores da Personalidade e o Modelo Alternativo do DSM-5 para as Perturbações da Personalidade (APA, 2014), bem como contribuir para a validação da versão portuguesa do PID-5 na população clínica portuguesa.

A literatura consultada corroborou a existência de diversas relações entre depressão e personalidade e também a pertinência e relevância clínica desta investigação.

Este estudo foi efetuado com recurso a dois instrumentos, PID-5 e NEO-FFI, e as suas hipóteses decorrem da revisão de literatura, sendo que devido ao número limitado de estudos sobre as relações entre os domínios e facetas do PID-5 e as perturbações depressivas, as hipóteses relativas ao PID-5 também foram baseadas na investigação que identifica semelhanças estruturais entre o modelo de traços que lhe subjaz e o Modelo dos Cinco Fatores (Al-Dajani et al., 2016; Krueger & Markon, 2014; Skodol et al., 2011).

Objetivos

São objetivos deste trabalho:

1. Caracterizar as perturbações depressivas e diferenciá-las de outras perturbações psiquiátricas através do PID-5, que operacionaliza o critério B do Modelo Alternativo do DSM-5 para as Perturbações da Personalidade;
2. Caracterizar as perturbações depressivas e diferenciá-las de outras perturbações psiquiátricas através do NEO-FFI, que operacionaliza o Modelo dos Cinco Fatores;
3. Contribuir para a compreensão das relações entre variáveis sociodemográficas e traços da personalidade, avaliados através do PID-5, e perturbações depressivas, avaliando a capacidade preditiva das variáveis sociodemográficas e dos traços da personalidade, relativamente às pessoas com e sem diagnóstico de perturbação depressiva.
4. Contribuir para a validação da versão portuguesa do PID-5 e para a compreensão das suas potencialidades e limitações na caracterização de pessoas com diagnóstico de perturbação depressiva.

Hipóteses

Com base na revisão de literatura são levantadas as seguintes hipóteses:

1. Espera-se que no PID-5, o grupo de participantes com diagnóstico de perturbação depressiva apresente resultados mais elevados no domínio Afetividade Negativa e nas facetas Labilidade emocional, Ansiedade, Insegurança de separação e Submissão comparativamente com o grupo de participantes com outros diagnósticos;
2. Espera-se que no PID-5, o grupo de participantes com diagnóstico de perturbação depressiva apresente resultados mais elevados no domínio Desprendimento e nas facetas Afastamento, Anedonia e Depressividade comparativamente com o grupo de participantes com outros diagnósticos;
3. Espera-se que no PID-5, o grupo de participantes com diagnóstico de perturbação depressiva apresente resultados mais elevados no domínio Desinibição comparativamente com o grupo de participantes com outros diagnósticos;
4. Espera-se que no NEO-FFI, o grupo de participantes com diagnóstico de perturbação depressiva apresente resultados mais elevados no domínio Neuroticismo comparativamente com o grupo de participantes com outros diagnósticos;
5. Espera-se que no NEO-FFI, o grupo de participantes com diagnóstico de perturbação depressiva apresente resultados mais baixos no domínio Extroversão comparativamente com o grupo de participantes com outros diagnósticos;
6. Espera-se que no NEO-FFI, o grupo de participantes com diagnóstico de perturbação depressiva apresente resultados mais baixos no domínio Conscienciosidade comparativamente com o grupo de participantes com outros diagnósticos;
7. Espera-se que alguns domínios do PID-5, o sexo e a idade sejam preditores da perturbação depressiva;
 - 7.1. Espera-se que alguns domínios do PID-5 sejam preditores da perturbação depressiva;
 - 7.2. Espera-se que o sexo seja preditor da perturbação depressiva;
 - 7.3. Espera-se que a idade seja preditora da perturbação depressiva

8. Espera-se que algumas facetas do PID-5, o sexo e a idade sejam preditores da perturbação depressiva;
 - 8.1. Espera-se que algumas facetas do PID-5 (e.g., Depressividade) sejam preditoras da perturbação depressiva;
 - 8.2. Espera-se que o sexo seja preditor da perturbação depressiva;
 - 8.3. Espera-se que a idade seja preditora da perturbação depressiva.

Método

Participantes

No presente estudo participaram 310 indivíduos que, no momento da participação, eram seguidos em unidades de Saúde Mental, tendo-lhes sido diagnosticadas uma ou mais perturbações psiquiátricas. Os participantes são, na sua maioria, do sexo masculino (57.7%) e têm idades compreendidas entre os 18 e os 76 anos ($M = 42.49$; $DP = 12.47$). Relativamente ao nível de ensino, 21.6% tem o 9º ano de escolaridade, 31% tem o 12º ano de escolaridade e 22.3% é licenciado ou tem um grau superior à licenciatura, sendo, portanto, uma amostra relativamente diferenciada. O Quadro 1 apresenta as características sociodemográficas da amostra total.

Quadro 1

Características sociodemográficas da amostra total (N = 310)

		Frequência	Percentagem
Sexo	Nº de dados omissos	0	
	Masculino	179	57.7%
	Feminino	131	42.3 %
Idade (Anos)	Nº de dados omissos	9	2.9%
	Mínima	18	
	Máxima	76	
	Média	42.49	
	Desvio-padrão	12.47	
Escolaridade	Nº de dados omissos	1	0.3%
	< 4º ano	28	9.1%
	4º ano	11	3.6%
	6º ano	38	12.3%
	9º ano	67	21.7%
	12º ano	96	31.1%
	Licenciatura ou mais	69	22.3%

De forma a alcançar os objetivos em cima mencionados, os participantes foram divididos em dois grupos, o grupo de participantes com diagnóstico de perturbação

depressiva ($n = 72$) e o grupo de participantes com outros diagnósticos de perturbações psiquiátricas ($n = 238$).

Em relação ao grupo de participantes com perturbações depressivas ($n = 72$), 58 têm este diagnóstico enquanto diagnóstico principal e os restantes 14 como diagnóstico em comorbilidade (Quadro 2).

Quadro 2

Distribuição dos diagnósticos principais na amostra do grupo de participantes com perturbação depressiva ($n = 72$)

Diagnóstico principal	Frequência	Percentagem
Perturbações Depressivas	58	80.6%
Perturbações Relacionadas com Substâncias e Perturbações Aditivas	7	9.7%
Perturbações de Ansiedade	3	4.2%
Perturbações da Personalidade		
Perturbação Estado-Limite da Personalidade	1	1.4%
Perturbação Narcísica da Personalidade	1	1.4%
Perturbação Paranoide da Personalidade	1	1.4%
Anorexia Nervosa (Tipo Restritivo)	1	1.4%

Quanto às variáveis sociodemográficas, a maioria dos indivíduos são do sexo feminino (54.2%) e têm idades compreendidas entre os 19 e os 72 anos ($M = 47.21$; $DP = 11.96$). Relativamente ao nível de ensino, cerca de 63.9% dos participantes tem o 12º ano de escolaridade ou mais, o que reflete um predomínio da elevada escolaridade. No Quadro 3 estão representadas as características sociodemográficas deste grupo de participantes.

Quadro 3

Características sociodemográficas do grupo de participantes com perturbações depressivas ($n = 72$)

		Frequência	Percentagem
Sexo	Nº de dados omissos	0	
	Masculino	33	45.8%
	Feminino	39	54.2%
Idade (Anos)	Nº de dados omissos	5	6.9%
	Mínima	19	
	Máxima	72	
	Média	47.21	
	Desvio-Padrão	11.96	
Escolaridade	Nº de dados omissos	0	
	< 4º ano	3	4.2%
	4º ano	2	2.8%
	6º ano	8	11.1%
	9º ano	13	18.1%
	12º ano	24	33.3%
	Licenciatura ou mais	22	30.6%

Relativamente ao grupo de participantes com outras perturbações psiquiátricas ($n = 238$) predominam como diagnósticos principais, ilustrados no Quadro 4, as perturbações relacionadas com substâncias e perturbações aditivas (43.3%), seguidas da perturbação estado-limite da personalidade (22.7%).

Quadro 4

Distribuição dos diagnósticos principais na amostra do grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos ($n = 238$)

Diagnóstico principal				Frequência	Percentagem
Perturbações	Relacionadas	com	Substâncias e	103	43.3%
Perturbações Aditivas					
Perturbações da Personalidade					
Perturbação Estado-Limite da Personalidade				54	22.7%
Perturbação Obsessivo-Compulsiva da Personalidade				4	1.7%
Perturbação Dependente da Personalidade				4	1.7%

(continua)

Quadro 4

Distribuição dos diagnósticos principais na amostra do grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos (n = 238)

Diagnóstico principal	Frequência	Percentagem
Perturbação Antissocial da Personalidade	3	1.3%
Perturbação Narcísica da Personalidade	2	0.8%
Perturbação Evitante da Personalidade	2	0.8%
Perturbação Esquizotípica da Personalidade	1	0.4%
Perturbação da Personalidade Não Especificada	1	0.4%
Perturbações do Comportamento Alimentar	26	10.9%
Perturbações Bipolares e Perturbações Relacionadas	18	7.6%
Perturbações de Ansiedade	13	5.5%
Perturbações Disruptivas, do Controlo dos Impulsos e do Comportamento	1	0.4%

Quanto às variáveis sociodemográficas (Quadro 5), os participantes são maioritariamente do sexo masculino (61.3%) e com idades compreendidas entre os 18 e os 76 anos ($M = 41.13$; $DP = 12.30$). Em relação ao nível de ensino a maioria tem o 9º ano (22.8%) ou o 12º ano de escolaridade (30.4%).

Quadro 5

Características sociodemográficas do grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos (n = 238)

		Frequência	Percentagem
Sexo	Nº de dados omissos	0	
	Masculino	146	61.3%
	Feminino	92	38.7%
Idade (Anos)	Nº de dados omissos	4	1.7%
	Mínima	18	
	Máxima	76	
	Média	41.13	
	Desvio-Padrão	12.30	

(continua)

Quadro 5

Características sociodemográficas do grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos (n = 238)

		Frequência	Percentagem
Escolaridade	Nº de dados omissos	1	0.4%
	< 4º ano	25	10.5%
	4º ano	9	3.8%
	6º ano	30	12.7%
	9º ano	54	22.8%
	12º ano	72	30.4%
	Licenciatura ou mais	47	19.8%

Instrumentos e medidas

No presente estudo foram utilizados três instrumentos: um Questionário Sociodemográfico, o Inventário da Personalidade para o DSM-5 – Adultos (PID-5) (Pires et al., 2017) e o Inventário da Personalidade NEO-FFI (Magalhães et al., 2014; Lima et al., 2014).

Questionário Sociodemográfico.

Foi aplicado um Questionário Sociodemográfico com o objetivo de recolher informações sobre variáveis sociodemográficas dos participantes, de modo a caracterizar globalmente a amostra estudada. Os itens abordavam questões como o sexo, a idade, a nacionalidade, a residência habitual, o nível de ensino, a situação laboral, a situação económica, o estado civil, o agregado familiar e o número de filhos, o grau e qualidade das relações familiares e de amizade, as crenças e práticas religiosas, a identificação de doenças físicas e psicológicas, uma autoavaliação do estado de saúde e a identificação de acontecimentos de vida traumáticos.

Inventário da Personalidade para o DSM-5 – Adultos (PID-5).

O Inventário da Personalidade para o DSM-5 – Adultos (Pires et al., 2017), versão portuguesa do The Personality Inventory for DSM-5 – Adult (Krueger, et al., 2012), é um dos instrumentos derivados da nova conceptualização das perturbações da personalidade proposta na Secção III do DSM-5. É um inventário de autorrelato para adultos, com idade

igual ou superior a 18 anos, que avalia a presença e a severidade de traços desadaptativos da personalidade, auxiliando o diagnóstico das perturbações da personalidade.

É constituído por 220 itens, avaliados numa escala de Likert de 4 pontos, onde: (0 = Muito falso ou Muitas vezes falso; 1 = Poucas vezes verdade; 2 = Algumas vezes verdade; 3 = Muito verdade ou Muitas vezes verdade). Os seus itens avaliam cinco domínios da personalidade (Afetividade Negativa, Desprendimento, Antagonismo, Desinibição e Psicoticismo) e 25 facetas.

Relativamente à consistência interna, os valores do alfa de Cronbach no estudo original de Krueger et al. (2012) para cada domínio foram de: .84 (Desinibição); .93 (Afetividade Negativa); .95 (Antagonismo); .96 (Desprendimento e Psicoticismo). Quanto às facetas estes valores variaram entre .72 (Grandiosidade) e .96 (Excentricidade). No estudo da versão portuguesa (Pires et al., 2017), os valores do alfa de Cronbach para cada domínio foram os seguintes: .89 (Antagonismo); .91 (Afetividade Negativa e Desinibição); .93 (Desprendimento); .94 (Psicoticismo). Quanto às facetas os valores de alfa variaram entre .70 (Irresponsabilidade) e .95 (Excentricidade).

Inventário de Personalidade NEO-FFI.

Neste estudo foi utilizada a versão portuguesa do NEO-FFI (Magalhães et al., 2014; Lima et al., 2014), construída a partir da versão portuguesa do NEO-PI-R (Lima, 1997; Lima & Simões, 2006). Este instrumento é uma versão reduzida do NEO-PI-R e reflete a universalidade das dimensões básicas da personalidade podendo, por conseguinte, ser usado como uma versão fiável deste instrumento (Lima et al., 2014). É um inventário de autorrelato que avalia a personalidade com base no Modelo dos Cinco Fatores (McCrae & Costa, 2004), que é reconhecido pela sua validade na caracterização da personalidade. Este modelo identifica cinco grandes domínios da personalidade: Neuroticismo (N), Extroversão (E), Abertura à Experiência (O), Amabilidade (A) e Conscienciosidade (C).

À semelhança da versão original norte americana, a versão portuguesa do NEO-FFI (Magalhães et al., 2014; Lima et al., 2014) consiste em 60 itens, com 12 itens representativos de cada dimensão, respondidos numa escala de Likert de 5 pontos (0 = Discordo Fortemente, 1 = Discordo; 2 = Neutro; 3 = Concordo; e 4 = Concordo Fortemente).

Apesar de ser uma versão reduzida, manteve uma boa consistência interna com alfas de Cronbach entre os .68 e .86 no estudo original (Costa & McCrae, 1989, citado

por Magalhães et al., 2014). Na sua versão portuguesa, o instrumento apresentou uma consistência interna adequada com valores do alfa de Cronbach de: .71 para a Abertura à Experiência; .72 para a Amabilidade; .75 para a Extroversão e .81 para o Neuroticismo e a Conscienciosidade (Magalhães et al., 2014).

Procedimento

O presente estudo está inserido no Projeto de Investigação intitulado “Personalidade e Psicopatologia: Estudos de adaptação do The Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) – Adult para a população portuguesa”, desenvolvido por Professores da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. O protocolo de investigação é constituído por cinco instrumentos de avaliação, dos quais se utilizaram apenas os três descritos anteriormente para a realização deste estudo.

Este protocolo foi aplicado a indivíduos da população clínica e, como referido anteriormente, a recolha da amostra foi realizada em várias Unidades de Saúde Mental do país. A seleção dos participantes foi feita de acordo com critérios clínicos e seguindo a indicação dos médicos responsáveis pelos utentes, que forneceram os seus diagnósticos após consentimento dos mesmos, sendo garantida a total confidencialidade dos dados obtidos. Foi explicado aos participantes que a sua participação era voluntária e confidencial, sendo solicitado que assinassem um consentimento informado e dada uma breve explicação sobre o estudo.

Os critérios de inclusão foram a presença de um ou mais diagnósticos psiquiátricos, o estar a ser seguido numa unidade de saúde mental e ter idade igual ou superior a 18 anos, e os critérios de exclusão a existência de um diagnóstico de esquizofrenia (incluindo perturbação esquizoafetiva), de deficiência mental ou de demência. A aplicação foi realizada consoante as características das instituições e da situação clínica do paciente, sendo algumas das aplicações individuais e outras coletivas. Em algumas situações o protocolo foi aplicado em mais do que uma sessão e noutras os participantes responderam sem a presença do psicólogo, devolvendo posteriormente o protocolo.

Resultados

Antes de analisar os resultados procurou-se estudar as características psicométricas dos instrumentos utilizados (PID-5 e NEO-FFI), procedendo-se à análise descritiva e à caracterização da consistência interna destes instrumentos na amostra total.

O estudo de precisão foi realizado através do coeficiente alfa de Cronbach, que foi calculado para cada domínio e faceta do PID-5 e para cada domínio do NEO-FFI. Com o objetivo de perceber o poder discriminativo de cada item realizou-se o estudo das correlações item-total corrigidas assim como, do impacto da exclusão de qualquer item do domínio ou faceta a que pertence.

Para escolher os procedimentos e técnicas estatísticas adequados para testar as hipóteses colocadas, foi analisada a normalidade das distribuições de cada variável estudada. Os critérios considerados foram: os coeficientes de assimetria e curtose, os testes de ajustamento de *Kolmogorov-Smirnov* ($N > 50$) e as representações gráficas *Q-Q plots*. Quando estes indicadores conduziam a diferentes decisões acerca da normalidade da distribuição foi usada a regra da maioria.

Estudo metrológico

PID-5: Inventário da Personalidade para o DSM-5 – Adultos.

Os coeficientes de precisão apresentados no Quadro 6 comparam os valores do alfa de Cronbach obtidos neste estudo com os obtidos no estudo original de Krueger et al. (2012) e no estudo da versão portuguesa do PID-5 (Pires et al., 2017).

Relativamente aos domínios, os resultados de consistência interna foram adequados tendo-se registado valores do alfa de Cronbach entre .87 e .94, valores semelhantes aos encontrados nos estudos de Krueger et al. (2012) e Pires et al. (2017).

Quanto às facetas, de uma forma geral, os resultados de consistência interna foram adequados. No entanto, existem duas facetas que apresentaram valores de alfa abaixo de .70, sendo estas, a faceta Submissão (.66) e a faceta Suspeição (.62). O facto de as facetas compostas por um menor número de itens (i.e., Suspeição, Irresponsabilidade, Submissão) terem consistências internas baixas tem sido reconhecido em vários estudos (Al-Dajani et al., 2016; De Clercq et al., 2014; Krueger & Markon, 2014; Pires, et al., 2017; Pires, Sousa Ferreira, Guedes, Gonçalves, & Henriques-Calado, 2018; Roskam et al., 2015). Num estudo também realizado com uma amostra clínica (Pires et al., 2019), os valores de alfa obtidos para estas duas facetas também se encontraram abaixo de .70, sendo de .58 para a faceta Submissão e .50 para a faceta Suspeição. Estes resultados

podem ser devido às amostras utilizadas nestes dois estudos serem clínicas e pouco homogêneas, com uma grande variedade de diagnósticos, o que pode ter afetado a consistência das respostas ao teste. Nas restantes facetas o alfa de Cronbach foi adequado e variou entre .70 e .92, aproximando-se dos resultados encontrados nos estudos citados atrás.

Quadro 6

Coeficientes de precisão (Alfa de Cronbach) e medidas descritivas (Média e Desvio-Padrão) dos domínios e facetas do PID-5 – Adultos na amostra total (N = 310)

	Krueger et al. (2012)	Pires et al. (2017)	Presente estudo		
	A	α	A	M	DP
Afetividade Negativa	.93	.91	.87	1.62	.51
Labilidade emocional	.89	.86	.80	1.62	.67
Ansiedade	.91	.89	.79	1.83	.58
Insegurança de separação	.85	.82	.73	1.41	.64
Submissão	.78	.79	.66	1.15	.66
Hostilidade	.89	.85	.82	1.24	.62
Perseveração	.88	.83	.77	1.32	.56
Desprendimento	.96	.93	.90	1.19	.55
Afastamento	.93	.90	.87	1.20	.66
Evitamento da intimidade	.84	.84	.80	.96	.77
Anedonia	.88	.87	.80	1.39	.63
Depressividade	.95	.92	.91	1.19	.68
Afetividade restrita	.73	.85	.70	1.19	.59
Suspeição	.73	.72	.62	1.48	.52
Antagonismo	.95	.89	.91	.91	.56
Manipulação	.81	.73	.79	1.00	.71
Falsidade	.83	.82	.84	.81	.57
Grandiosidade	.72	.80	.73	.92	.62

(continua)

Quadro 6

Coeficientes de precisão (Alfa de Cronbach) e medidas descritivas (Média e Desvio-Padrão) dos domínios e facetas do PID-5 – Adultos na amostra total (N = 310)

	Krueger et al. (2012)	Pires et al. (2017)	Presente estudo		
	A	α	A	M	DP
Procura de atenção	.88	.87	.88	1.17	.75
Insensibilidade	.91	.83	.82	.67	.48
Desinibição	.84	.91	.89	1.25	.52
Irresponsabilidade	.81	.70	.75	.92	.60
Impulsividade	.77	.87	.81	1.45	.69
Distratibilidade	.91	.87	.83	1.38	.61
Env. comp. risco	.85	.84	.85	1.38	.57
Perfeccionismo rígido	.90	.89	.84	1.46	.63
Psicoticismo	.96	.94	.94	1.04	.59
Crenças e experiências incomuns	.83	.78	.76	.97	.67
Excentricidade	.96	.95	.92	1.15	.71
Desr. cognitiva e perceptual	.86	.82	.85	1.01	.61

Nota. Env. comp. risco: Envolvimento em comportamentos de risco; Desr.cognitiva e perceptual: Desregulação cognitiva e perceptual

Inventário de Personalidade NEO-FFI.

No Quadro 7 foram comparados os valores de alfa de Cronbach obtidos no estudo de Magalhães et al. (2014) e os valores obtidos no presente estudo. À semelhança do estudo de Magalhães et al. (2014), os domínios Neuroticismo, Extroversão e Conscienciosidade apresentaram uma boa consistência interna, com valores de alfa adequados e semelhantes aos da versão portuguesa do NEO-FFI. Por outro lado, os domínios Abertura à Experiência e Amabilidade apresentaram valores de alfa discrepantes e uma consistência interna baixa. Contrariamente ao estudo de Magalhães et al. (2014), que foi realizado com uma amostra da população geral, neste estudo foi utilizada uma amostra pouco homogênea com diagnósticos clínicos muito variados, o que pode ter contribuído para a consistência interna mais baixa dos domínios Abertura à Experiência e Amabilidade. É ainda de referir que a amostra utilizada por Magalhães et

al. (2014) é consideravelmente maior do que a utilizada no presente estudo, o que também pode justificar os resultados obtidos neste estudo.

Quadro 7

Coeficientes de precisão (Alfa de Cronbach) e medidas descritivas (Média e Desvio-Padrão) dos domínios do NEO-FFI na amostra total (N = 310)

	Magalhães et al. (2014)	Presente estudo		
	A	A	M	DP
Neuroticismo	.81	.82	29.48	7.96
Extroversão	.75	.74	25.73	6.94
Abertura à Experiência	.71	.62	27.47	6.10
Amabilidade	.72	.57	28.88	5.49
Conscienciosidade	.81	.80	30.18	7.03

Análise da normalidade das distribuições das variáveis em estudo

A análise da normalidade das distribuições foi realizada para todos os domínios e facetas do PID-5 e para todos os domínios do NEO-FFI. Uma vez que este estudo teve o objetivo de comparar dois grupos, o grupo de participantes com perturbações depressivas e o grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos, foi testada a normalidade das distribuições para ambos os grupos.

Relativamente ao Inventário de Personalidade para DSM-5 – Adultos (PID-5), os domínios Afetividade Negativa, Desprendimento, Antagonismo, Desinibição e Psicoticismo apresentaram uma distribuição normal em ambos os grupos. As facetas Labilidade Emocional, Ansiedade, Insegurança de Separação, Submissão, Hostilidade, Perseveração, Afastamento, Evitamento da intimidade, Anedonia, Afetividade Restrita, Suspeição, Manipulação, Grandiosidade, Procura de atenção, Impulsividade, Distratibilidade. Envolvimento em comportamentos de risco, Perfeccionismo rígido, Crenças e experiências incomuns, Excentricidade e Desregulação cognitiva e perceptual apresentaram uma distribuição normal dos resultados nos dois grupos de participantes. Por outro lado, a faceta Irresponsabilidade apresentou apenas distribuição normal no grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos, enquanto as facetas

Depressividade, Falsidade e Insensibilidade não apresentaram distribuição normal em nenhum dos dois grupos.

Relativamente ao Inventário da Personalidade NEO-FFI, os domínios Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade evidenciaram uma distribuição normal dos resultados nos dois grupos de participantes.

Testes de significância para comparação dos resultados nas duas populações

Para testar as hipóteses 1, 2, 3, 4, 5 e 6 recorreu-se ao teste de igualdade de valores médios para amostras independentes (estatística t de Student) ou ao teste não paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney, de acordo com a distribuição das variáveis em estudo. Quando a variável estudada apresentava uma distribuição normal dos resultados nas duas populações em estudo foi aplicado o teste paramétrico (estatística t de Student). Por outro lado, quando a variável não apresentava uma distribuição normal em pelo menos um dos grupos recorreu-se a um teste não paramétrico (Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney).

No Quadro 8 são apresentados os resultados do teste paramétrico (estatística t de Student) relativos ao PID-5, no Quadro 9 são apresentados os resultados do teste não paramétrico (Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney) e no Quadro 10 são apresentados os resultados do teste paramétrico (estatística t de Student) relativos ao NEO-FFI.

Quadro 8

Comparação entre o grupo com perturbações depressivas e o grupo com outras perturbações psiquiátricas (Médias, Desvios-Padrão, estatística t , valor- p e respetiva dimensão do efeito) relativamente aos domínios e facetas do PID-5

	Grupo com perturbações depressivas		Grupo com outros diagnósticos psiquiátricos		t	p	d
	M	DP	M	DP			
Afetividade Negativa	1.60	.52	1.62	.51	-.33	.373	
Labilidade emocional	1.67	.64	1.60	.68	.69	.245	
Ansiedade	1.89	.62	1.81	.57	.95	.171	
Insegurança de separação	1.25	.69	1.46	.62	-2.38	.009**	-.32
Submissão	1.15	.73	1.15	.64	.049	.481	

(continua)

Quadro 8

Comparação entre o grupo com perturbações depressivas e o grupo com outras perturbações psiquiátricas (Médias, Desvios-Padrão, estatística t, valor-p e respetiva dimensão do efeito) relativamente aos domínios e facetas do PID-5

	Grupo com perturbações depressivas		Grupo com outros diagnósticos psiquiátricos		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Hostilidade	1.13	.67	1.28	.60	-1.87	.031*	-.25
Perseveração	1.27	.52	1.48	.62	-.88	.197	
Desprendimento	1.32	.61	1.15	.52	2.36	.010**	.32
Afastamento	1.32	.77	1.17	.62	1.50	.046*	.23
Evitamento da intimidade	1.12	.85	.92	.74	1.99	.024*	.27
Anedonia	1.52	.71	1.35	.61	1.92	.028*	.26
Afetividade restrita	1.14	.56	1.21	.59	-.85	.198	
Suspeição	1.52	.55	1.47	.51	.63	.263	
Antagonismo	.68	.46	.98	.57	-4.54	.000**	-.53
Manipulação	.71	.60	1.09	.72	-4.47	.000**	-.53
Grandiosidade	.75	.56	.97	.63	-2.723	.004**	-.36
Procura de atenção	.91	.70	1.25	.75	-3.39	.001**	-.45
Desinibição	1.16	.57	1.28	.51	-1.70	.046*	-.22
Impulsividade	1.29	.75	1.50	.75	-2.38	.009**	-.32
Distratibilidade	1.38	.64	1.38	.61	.05	.480	
Env. comp. Risco	1.18	.48	1.45	.58	-3.49	.001**	-.46
Perfeccionismo rígido	1.41	.65	1.48	.62	-.86	.197	
Psicoticismo	.97	.58	1.06	.59	-1.16	.125	
Crenças e experiências incomuns	.84	.60	1.01	.68	-1.89	.030*	-.25
Excentricidade	1.11	.74	1.16	.70	-.50	.308	
Desr. cognitiva e percetual	.96	.64	1.02	.60	-.70	.244	

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$

Nota. Env. comp. risco: Envolvimento em comportamentos de risco; Desr. cognitiva e perceptual: Desregulação cognitiva e perceptual

Quadro 9

Comparação entre o grupo com perturbações depressivas e o grupo com outras perturbações psiquiátricas (Médias das ordens, estatística z, valor-p e respetiva dimensão do efeito) relativamente às facetas Depressividade, Falsidade, Insensibilidade e Irresponsabilidade do PID-5

	Grupo com perturbações depressivas	Grupo com outros diagnósticos psiquiátricos	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
	<i>M das ordens</i>	<i>M das ordens</i>			
Depressividade	172.97	150.21	-1.89	.029*	-.11
Falsidade	120.03	166.23	-3.84	.000**	-.22
Insensibilidade	131.50	162.76	-2.60	.005**	-.15
Irresponsabilidade	136.45	161.26	-2.06	.020*	-.12

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$

Quadro 10

Comparação entre o grupo com perturbações depressivas e o grupo com outras perturbações psiquiátricas (Médias, Desvios-Padrão, estatística t, valor-p e respetiva dimensão do efeito) relativamente aos domínios do NEO-FFI

	Grupo com perturbações depressivas		Grupo com outros diagnósticos psiquiátricos		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Neuroticismo	30.23	8.72	29.26	7.72	.90	.185	
Extroversão	22.80	6.96	26.61	6.70	-4.16	.000**	-.55
Abertura à Experiência	27.99	5.76	27.32	6.21	.81	.210	
Amabilidade	29.96	5.50	28.56	5.46	1.90	.030*	.26
Conscienciosidade	29.54	7.63	30.37	6.85	-.88	.190	

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$

Hipótese 1

Nesta hipótese esperava-se que, no PID-5, o grupo de participantes com diagnóstico de perturbação depressiva apresentasse resultados mais elevados no domínio Afetividade Negativa e nas facetas Labilidade emocional, Ansiedade, Insegurança de separação e Submissão em comparação com o grupo de participantes de outros diagnósticos.

Os resultados apresentados no Quadro 8 mostraram, que relativamente ao domínio Afetividade Negativa e às facetas Labilidade Emocional, Ansiedade e Submissão não se registaram resultados significativamente diferentes. Por outro lado, e contrariamente ao esperado, a faceta Insegurança de Separação obteve resultados médios mais elevados no grupo de participantes com outras perturbações psiquiátricas e as diferenças encontradas foram estatisticamente significativas ($t = -2.38, p = .009$). Para percebermos a dimensão deste efeito foi calculada a medida d de Cohen ($d = -.32$), sendo este efeito médio (0.2 - 0.5) (Marôco, 2018).

Assim, relativamente a esta hipótese a única diferença significativa encontrada entre os dois grupos foi na faceta Insegurança de separação e os resultados foram contrários ao esperado. Embora, a faceta Labilidade Emocional e Ansiedade apresentem médias mais elevadas no grupo de participantes com perturbações depressivas, estas diferenças não foram significativas.

A hipótese 1 foi rejeitada.

Hipótese 2

Nesta hipótese esperava-se que no PID-5, o grupo de participantes com diagnóstico de perturbação depressiva tivesse resultados mais elevados no domínio Desprendimento e nas facetas Afastamento, Anedonia e Depressividade comparativamente com o grupo de participantes de outros diagnósticos.

Observando o Quadro 8 foi possível verificar que, relativamente ao domínio Desprendimento os resultados obtidos foram ao encontro do esperado, sendo significativamente mais elevados no grupo com perturbações depressivas do que no grupo com outros diagnósticos psiquiátricos ($t = 2.36, p = .010$). De modo a perceber o tamanho deste efeito foi utilizado a medida d de Cohen ($d = .32$), pelo que podemos interpretar este efeito como sendo médio (0.2-0.5) (Marôco, 2018).

As facetas Afastamento e Anedonia também apresentaram médias mais elevadas no grupo com perturbações depressivas e as diferenças encontradas foram significativas,

também de acordo com o esperado ($t = 1.69, p = .046$; $t = 1.92, p = .028$, respetivamente). Para averiguar a dimensão destes efeitos foi utilizada a medida d de Cohen ($d = .23$; $d = .26$, respetivamente), logo podemos interpretá-los como sendo médios em ambos os casos (0.2-0.5) (Marôco, 2018).

A faceta Depressividade não apresentou uma distribuição normal em nenhum dos dois grupos, sendo necessário recorrer a um teste não paramétrico. Através do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney (Quadro 9), verificou-se que os resultados são mais elevados no grupo com perturbações depressivas ($M_{ordens} = 172.97$) do que no grupo com outras perturbações psiquiátricas ($M_{ordens} = 150.21$) e, como esperado, a diferença encontrada foi estatisticamente significativa ($z = -1.89$; $p = .029$). Para perceber a dimensão deste efeito recorreu-se à medida de dimensão do efeito ($r = \frac{z}{\sqrt{n}} = -.11$). Assim sendo, podemos interpretar este efeito como sendo pequeno ($0.1 \leq r < 0.3$) (Marôco, 2018), ou seja, apesar do grupo com perturbações depressivas apresentar resultados mais elevados em Depressividade, não se tem a certeza de que estas diferenças existam mesmo nas populações de onde foram retiradas as amostras em estudo.

A hipótese 2 foi confirmada pelos resultados. O domínio Desprendimento e as facetas Afastamento, Anedonia e Depressividade apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos e o grupo com perturbações depressivas apresentou, de acordo com o esperado, resultados mais elevados.

Hipótese 3

Nesta hipótese esperava-se que no PID-5, o grupo de participantes com diagnóstico de perturbação depressiva apresentasse resultados mais elevados no domínio Desinibição comparativamente com o grupo de participantes com outros diagnósticos.

Neste domínio, contrariamente ao esperado, os resultados foram mais elevados no grupo com outras perturbações psiquiátricas, e a diferença encontrada foi estatisticamente significativa ($t = -.170, p = .046$). A dimensão deste efeito foi calculada através da medida d de Cohen ($d = -.22$), pelo que podemos interpretá-lo como médio (0.2-0.5) (Marôco, 2018).

A hipótese 3 foi rejeitada.

Hipótese 4

Nesta hipótese esperava-se que no NEO-FFI, o grupo de participantes com diagnóstico de perturbação depressiva tivesse resultados mais elevados no domínio Neuroticismo comparativamente com o grupo de participantes de outros diagnósticos.

Os resultados apresentados no Quadro 10 mostraram que as médias do Neuroticismo foram mais elevadas no grupo com perturbações depressivas, no entanto a diferença encontrada não foi estatisticamente significativa ($t = .90, p = .185$).

A hipótese 4 foi rejeitada.

Hipótese 5

Nesta hipótese esperava-se que no NEO-FFI, o grupo de participantes com diagnóstico de perturbação depressiva tivesse resultados mais baixos no domínio Extroversão comparativamente com o grupo de participantes de outros diagnósticos.

Observando o Quadro 10 foi possível constatar, como esperado, a existência de uma diferença significativa entre os dois grupos e que o grupo com perturbações depressivas apresentou resultados significativamente mais baixos do que o grupo com outras perturbações psiquiátricas ($t = -4.16, p < .001$). Para perceber a dimensão deste efeito foi utilizado a medida d de Cohen ($d = -.55$), o que significa que este efeito é elevado (0.5 - 1.0) (Marôco, 2018).

A hipótese 5 foi confirmada pelos resultados.

Hipótese 6

Nesta hipótese esperava-se que o grupo de participantes com diagnóstico de perturbação depressiva tivesse resultados mais baixos no domínio Conscienciosidade comparativamente com o grupo de participantes com outros diagnósticos.

Os resultados obtidos evidenciam que o grupo de participantes com perturbações depressivas obteve médias mais baixas do que o grupo com outros diagnósticos psiquiátricos, mas esta diferença não foi estatisticamente significativa ($t = -.88, p = .190$).

A hipótese 6 foi rejeitada.

Análise de regressão

Com esta análise pretendeu-se verificar em que medida os domínios e facetas do PID-5, o Sexo e a Idade são preditores da perturbação depressiva. Foi utilizada a

Regressão Logística Binominal, uma vez que a variável dependente é nominal e dicotómica (ter ou não perturbação depressiva).

Nesta análise de regressão foram analisados os valores de $Exp(\beta)$ que nos permitiram interpretar a relação entre as variáveis independentes (domínios e facetas do PID-5, idade e sexo) e a variável dependente. Quando o valor $Exp(\beta) > 1$ a relação entre a variável independente e a variável dependente é direta, ou seja, quanto maior for a variável independente maior é a probabilidade de ter uma perturbação depressiva. Por outro lado, quando $Exp(\beta) < 1$ a relação é inversa, ou seja, quanto maior for a variável independente menor será a probabilidade de pertencer ao grupo com depressão.

Foram, ainda, considerados vários critérios para compreender se existe ou não um valor preditivo das variáveis independentes face à variável dependente nomeadamente, a significância e qualidade do modelo e o teste de significância dos coeficientes do modelo.

Hipótese 7.1

Nesta hipótese esperava-se que alguns domínios do PID-5 fossem preditores da Perturbação Depressiva.

Através da aplicação da Regressão Logística Binomial, verificámos que o modelo em estudo é significativo, $\chi^2(7) = 34.99$, $p < .001$ e que explicou cerca de 17% da variabilidade total dos dados ($R^2_N = .17$). Desta forma, podemos concluir que existe pelo menos uma variável independente no modelo com poder preditivo sobre a variável dependente (ter ou não perturbação depressiva) e que as variáveis independentes embora influenciem a variável dependente têm uma capacidade preditiva relativamente baixa. O modelo demonstrou também uma capacidade geral de classificar adequadamente os indivíduos de 78.4%, sendo que a capacidade de prever se um indivíduo pertence ao grupo com perturbações depressivas é de 11.9%, consideravelmente mais baixa. No entanto, como o modelo foi construído e avaliado recorrendo à mesma amostra, a capacidade de classificar adequadamente os indivíduos, de forma global, poderá estar sobrevalorizada. Importante fazer notar que o grupo com outros diagnósticos psiquiátricos tende a ter uma percentagem mais elevada porque reúne uma amostra de grande dimensão e com diagnósticos diversos, comparativamente ao grupo com perturbações depressivas.

Como foi possível concluir a partir do Quadro 11, apenas o domínio Antagonismo prediz de forma significativa a variável dependente ($p = .007$). O valor de $Exp(\beta) = .34$, no domínio Antagonismo, indicou que os indivíduos com uma pontuação alta neste

domínio têm uma probabilidade maior de não pertencerem ao grupo com depressão relativamente aos que têm uma pontuação baixa. Por outro lado, as pontuações altas no domínio Desprendimento, ainda que não tenham uma influência significativa, aumentaram a probabilidade de um indivíduo ter depressão, $Exp(\beta) = 1.66$.

A hipótese 7.1 foi confirmada pelos resultados.

Hipótese 7.2

Nesta hipótese esperava-se que o sexo fosse preditor da perturbação depressiva.

Através do modelo explicado na hipótese 7.1, verificámos que neste modelo o sexo não prediz de forma significativa a variável dependente ($p = .266$), embora ser do sexo feminino aumente a probabilidade de pertencer ao grupo das perturbações depressivas, $Exp(\beta) = 1.44$.

A hipótese 7.2 foi rejeitada.

Hipótese 7.3

Nesta hipótese esperava-se que a idade fosse preditora da perturbação depressiva.

Através do modelo explicado na hipótese 7.1, verificamos que neste modelo a idade prediz de forma significativa a variável dependente ($p = .001$) e que o avançar da idade aumenta a probabilidade de um indivíduo ter depressão, $Exp(\beta) = 1.04$.

A hipótese 7.3 foi confirmada pelos resultados.

Quadro 11

Sumário da análise da regressão logística binominal para os domínios do PID-5 na predição da perturbação depressiva

	B	S.E.	Wald	df	p	$Exp(\beta)$
Sexo	.36	.33	1.24	1	.266	1.44
Idade	.04	.01	11.09	1	.001	1.04
Afetividade Negativa	.70	.37	.04	1	.848	1.07
Desprendimento	.51	.33	2.41	1	.120	1.66
Antagonismo	-1.07	.40	7.16	1	.007	.34

(continua)

Quadro 11

Sumário da análise da regressão logística binominal para os domínios do PID-5 na predição da perturbação depressiva

	B	S.E.	Wald	df	p	Exp(β)
Desinibição	-.15	.43	.12	1	.727	.86
Psicoticismo	.23	.40	.32	1	.575	1.25

Hipótese 8.1

Nesta hipótese esperava-se que algumas facetas do PID-5 (e.g., Depressividade) fossem preditoras da perturbação depressiva.

Através da aplicação da Regressão Logística Binomial, verificámos que o modelo em estudo foi significativo, $\chi^2(27) = 65.32$, $p < .001$ e que cerca de 30% da variabilidade total da variável dependente foi explicada pelas variáveis independentes consideradas neste modelo ($R^2_N = .30$). Desta forma, podemos concluir que existe pelo menos uma variável independente no modelo com poder preditivo sobre a variável dependente (ter ou não perturbação depressiva). O modelo demonstrou também uma capacidade geral de classificar adequadamente os indivíduos de 78.7%, sendo que a capacidade de classificar a perturbação depressiva foi mais baixa (25.8%). Volta-se a referir que estas percentagens podem estar sobrevalorizadas pelo facto deste modelo ser contruído e avaliado com base na mesma amostra.

Como foi possível concluir a partir do Quadro 12, apenas as facetas Depressividade, Falsidade, Impulsividade, Insegurança de Separação e Suspeição foram preditores de forma significativa da variável dependente ($p = .006$; $p = .020$; $p = .016$; $p = .036$; $p = .018$, respetivamente). Em relação à Depressividade, os indivíduos com uma pontuação alta neste domínio apresentaram uma probabilidade quatro vezes maior de terem depressão, $Exp(\beta) = 4.13$, enquanto para os indivíduos com pontuações altas na faceta Suspeição essa probabilidade foi mais de duas vezes maior, $Exp(\beta) = 2.47$.

Por outro lado, indivíduos com pontuações altas nas facetas Falsidade, Impulsividade e Insegurança de Separação apresentam uma probabilidade menor de pertencerem ao grupo com perturbações depressivas, $Exp(\beta) < 1$.

A hipótese 8.1 foi confirmada pelos resultados.

Hipótese 8.2

Nesta hipótese esperava-se que o sexo fosse preditor da perturbação depressiva.

Através do modelo explicado na hipótese 8.1, verificámos que neste modelo a variável sexo não foi um preditor significativo da variável dependente ($p = .422$), ainda que ser do sexo feminino aumentasse a probabilidade de pertencer ao grupo das perturbações depressivas: $Exp(\beta) = 1.39$.

A hipótese 8.2 foi rejeitada.

Hipótese 8.3

Nesta hipótese esperava-se que a idade fosse preditora da perturbação depressiva.

Através do modelo explicado na hipótese 8.1, verificámos que neste modelo a variável idade foi um preditor significativo da variável dependente ($p < .001$) e que o avançar da idade aumentou a probabilidade de um indivíduo pertencer ao grupo das perturbações depressivas.

A hipótese 8.3 foi confirmada pelos resultados.

Quadro 12

Sumário da análise da regressão logística binominal para as variáveis Sexo, Idade e facetas do PID-5 na predição da perturbação depressiva

	B	S.E.	Wald	Df	p	$Exp(\beta)$
Sexo	.33	.41	.64	1	.422	1.39
Idade	.06	.02	14.39	1	.000	1.06
Afastamento	-.23	.38	.35	1	.555	.80
Afetividade restrita	.33	.39	.75	1	.387	1.40
Anedonia	-.74	.47	2.46	1	.117	.48
Ansiedade	-.10	.47	.05	1	.831	.91
Crenças e experiências incomuns	-.23	.39	.34	1	.561	.80
Depressividade	1.42	.51	7.69	1	.006	4.13

(continua)

Quadro 12

Sumário da análise da regressão logística binominal para as variáveis Sexo, Idade e facetas do PID-5 na predição da perturbação depressiva

	B	S.E.	Wald	Df	P	Exp(β)
Desr. cognitiva e percetual	.13	.53	.06	1	.803	1.14
Distratibilidade	.16	.45	.12	1	.728	1.17
Env. comp. Risco	-.12	.42	.08	1	.781	.89
Excentricidade	.19	.39	.23	1	.632	1.21
Falsidade	-1.50	.65	5.41	1	.020	.22
Grandiosidade	.13	.42	.09	1	.766	1.13
Hostilidade	.31	.45	.48	1	.490	1.36
Impulsividade	-.91	.38	5.84	1	.016	.40
Insegurança de separação	-.70	.34	4.40	1	.036	.50
Insensibilidade	-.28	.67	.18	1	.676	.76
Irresponsabilidade	.28	.43	.41	1	.522	1.32
Labilidade emocional	.36	.37	.95	1	.331	1.43
Manipulação	-.07	.47	.02	1	.885	.93
Procura de atenção	.08	.41	.04	1	.836	1.09
Perfeccionismo rígido	-.57	.35	2.62	1	.105	.56
Perseveração	-.11	.51	.04	1	.836	.90
Submissão	.43	.32	1.80	1	.179	1.53
Suspeição	.90	.38	5.63	1	.018	2.47

Nota. Env. comp. risco: Envolvimento em comportamentos de risco; Desr. cognitiva e perceptual: Desregulação cognitiva e perceptual

Discussão

Esta investigação pretendeu contribuir para um entendimento mais aprofundado das perturbações depressivas e da sua relação com os traços de personalidade. Procurou-se caracterizar e diferenciar as perturbações depressivas de outras perturbações psiquiátricas através de dois instrumentos de avaliação (NEO-FFI e PID-5) que operacionalizam, respetivamente, o Modelo dos Cinco Fatores e o Modelo Alternativo do DSM-5 para as Perturbações da Personalidade. Visto que o PID-5 é um instrumento relativamente recente na prática clínica e na investigação pretendeu-se também contribuir para a sua validação para a população portuguesa e para a compreensão das suas potencialidades e limitações, nomeadamente na caracterização de pessoas com o diagnóstico de perturbação depressiva.

Antes de iniciar a discussão dos resultados é importante relembrar que a amostra utilizada para comparar com o grupo de participantes com diagnóstico de perturbação depressiva pertence à população clínica, o que poderá explicar a ausência de algumas diferenças previstas nas hipóteses e realçar ainda mais as diferenças encontradas.

A literatura científica mostra de forma consistente, que no Modelo dos Cinco Fatores, o elevado Neuroticismo e baixos níveis de Extroversão e Conscienciosidade são características frequentemente associadas à depressão (Clark & Watson, 1999; Hayward et al., 2013; Kim et al., 2016; Kotov et al., 2010; Petersen et al., 2001). No Modelo Alternativo do DSM-5 para as Perturbações da Personalidade, apesar de existirem poucos estudos, a depressão apresenta relações significativas com valores altos no domínio Afetividade Negativa e no domínio Desprendimento (Sleep et al., 2017). Foram ainda encontradas relações, embora menos claras, com a Desinibição e com o Psicoticismo (Sleep et al., 2017).

No presente estudo, relativamente ao Neuroticismo não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos de participantes, mas os indivíduos com diagnóstico de perturbação depressiva apresentaram resultados médios mais elevados neste domínio. O Neuroticismo mede a tendência para a instabilidade psicológica, estando muito associado à carência emocional, à ansiedade, à sintomatologia depressiva, à hostilidade, à baixa autoestima e a crenças irrealistas (McCrae & Costa, 2013). O facto de não terem sido encontradas diferenças significativas entre os dois grupos poderá dever-se, como referido anteriormente, ao outro grupo de participantes ser da população clínica.

No domínio do PID-5 conceptualmente correspondente ao Neuroticismo, a Afetividade Negativa, também era esperado que o grupo com perturbações depressivas apresentasse resultados mais elevados, tanto neste domínio como em todas as suas facetas. A Afetividade Negativa reflete uma experiência frequente e intensa de emoções negativas, como a ansiedade, a depressão e a raiva (APA, 2014) e este domínio é calculado com base nos resultados das facetas Labilidade emocional, Ansiedade e Insegurança de separação. Paralelamente aos resultados anteriores, também não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos.

Ainda assim, importa referir que este tipo de sintomas e comportamentos estão muito ligados à perturbação depressiva, sendo o abatimento, a tristeza e a falta de autoestima algumas das suas principais características. No funcionamento depressivo, a dependência relacional e os movimentos de idealização do objeto traduzem-se numa desvalorização narcísica (Coimbra de Matos, 2001), existindo nos indivíduos deprimidos uma diminuição extraordinária da autoestima e um grande empobrecimento do Eu, que fica vazio e é representado sem qualquer tipo de valor (Freud, 1917/1996).

Passando para a análise das facetas deste domínio, observa-se que, apesar de não existirem diferenças significativas, as facetas Labilidade emocional e Ansiedade apresentaram valores médios mais elevados no grupo com perturbações depressivas, o que está conceptualmente de acordo com o quadro clínico da depressão. De facto, na depressão há uma grande instabilidade de experiências emocionais, sendo frequentemente associada a perturbações de ansiedade. Os sintomas de ansiedade são uma característica psicopatológica muito comum na depressão, mesmo na ausência de um diagnóstico de perturbação de ansiedade (Fava et al., 2000). Assim sendo, o nível de sintomas somáticos na depressão pode estar relacionado com o nível de ansiedade (Sayar, Kirmayer, & Taillefer, 2003).

Por outro lado, a faceta Insegurança de separação apresentou resultados significativamente mais elevados no grupo com outros diagnósticos psiquiátricos. Estes resultados podem ser interpretados atendendo às características dos participantes deste grupo, que é composto predominantemente por diagnósticos de perturbação da personalidade, nomeadamente a perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade e de perturbações relacionadas com o uso de substâncias e perturbações aditivas. De realçar que existem vários estudos que mostram que as perturbações aditivas e do uso de substâncias apresentam comorbilidades com a perturbação *borderline* (e.g., Links, Heslegrave, & Reekum, 1999; Trull, Sher, Minks-Brown, Durbin, & Burr, 2000).

Os relacionamentos dos pacientes *borderline* com as pessoas significativas para eles são de grande intensidade e instabilidade havendo uma alternância entre a agressividade e esforços para evitar o abandono (Horner & Diamond, 1996). A etiologia das organizações *borderline* remete para uma perturbação na fase de separação-individuação de Mahler (1982), nomeadamente na subfase da reaproximação, que conduziu a uma estruturação deficiente da constância objetal (Kernberg, 1967). Este conflito traduz-se numa dificuldade constante em estar só e no medo permanente de que possam ser abandonados, sendo a organização *borderline* essencialmente caracterizada por sentimentos de desamparo, solidão e por uma angústia de separação (Coimbra de Matos, 1994).

A faceta Hostilidade também apresentou resultados significativamente mais altos no grupo com outros diagnósticos psiquiátricos. Nos doentes *borderline* existe um predomínio da agressividade sobre o amor e das forças destrutivas sobre o poder construtivo (Maranga, 2002), sendo a hostilidade um dos critérios do DSM-5 para o diagnóstico da perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade (APA, 2014). Podemos também interpretar este resultado através do funcionamento depressivo, onde existe uma inflexão da agressividade, sendo a hostilidade e a agressividade virada contra si próprio e não contra os outros. Na depressão, a idealização do objeto perdido permite afastar as características negativas do outro e de modo a conservar o amor do objeto, o indivíduo deprimido introjeta as características más do objeto, dirigindo contra si a agressividade que deveria ser dirigida ao objeto externo (Coimbra de Matos, 2001).

À semelhança das perturbações depressivas, a literatura também nos mostra que indivíduos com perturbação *borderline* apresentam pontuações bastante elevadas no domínio Neuroticismo e em muitas das suas facetas (Lynam & Widiger, 2001) e no domínio Afetividade Negativa do PID-5 (Bach & Sellbom, 2016). Podemos ainda observar que no DSM-5, a Labilidade emocional, a Ansiedade, a Insegurança de separação e a Hostilidade (facetas do domínio Afetividade Negativa) estão entre os critérios definidos para o diagnóstico da perturbação da personalidade *borderline*, sendo expectável que estes doentes tenham pontuações muito altas nestes traços de personalidade (APA, 2014). Indivíduos com perturbações relacionadas com o uso de substâncias e perturbações aditivas também têm tendência a ter pontuações altas no Neuroticismo (Terracciano, Lockenhoff, Crum, Bienvenu, & Costa, 2008).

A teoria psicodinâmica e todos estes dados da literatura ajudam-nos a perceber a ausência de diferenças entre os dois grupos de participantes no domínio Neuroticismo

(NEO-FFI) e no domínio Afetividade Negativa (PID-5), pois ambos terão tendência para ter valores bastante elevados.

Em relação à Extroversão, os resultados deste estudo vão ao encontro dos dados obtidos em estudos anteriores (e.g., Clark & Watson, 1999; Hayward et al., 2013; Kim et al., 2016; Kotov et al., 2010; Petersen et al., 2001), pois o grupo de pessoas com depressão apresentou resultados significativamente inferiores neste domínio. A Extroversão remete para a tendência para ser sociável, para as relações interpessoais e para ser ativo e alegre. Os resultados estão conceptualmente de acordo com o quadro depressivo, pois as perturbações depressivas associam-se a um humor deprimido, irritabilidade, falta de energia e falta de interesse pelo mundo exterior (APA, 2014), abatimento, tristeza e apatia (Coimbra de Matos, 2001).

No Desprendimento, domínio do PID-5 conceptualmente correspondente à Extroversão, os resultados também foram ao encontro da literatura (Sleep et al., 2017), sendo encontrados valores significativamente mais altos no grupo de pessoas com perturbação depressiva. Pontuações altas neste domínio indicam a tendência para o evitamento de experiências socioemocionais, o afastamento de situações sociais e uma vivência emocional e afetiva restrita (APA, 2014), aspetos também presentes na depressão. Relativamente às facetas deste domínio, verificamos que o Afastamento, a Anedonia e a Depressividade apresentaram resultados significativamente mais altos no grupo de participantes com perturbação depressiva, indo ao encontro do postulado nas hipóteses colocadas.

A faceta Afastamento reflete a preferência por estar sozinho em vez de estar com os outros e a faceta Depressividade diz respeito ao indivíduo se sentir em baixo, sem esperança em relação ao futuro e a sentimentos de menos-valia em relação a si próprio. Posto isto, estes resultados são expectáveis se olharmos para aquilo que nos diz a teoria psicodinâmica. Na depressão existe um investimento no objeto de amor perdido e é para esse objeto que continua a ser canalizada toda a energia libidinal, há um investimento libidinal maciço no objeto interno idealizado e a libido fica bloqueada devido a uma fixação de grande intensidade nesse objeto amado, não estando disponível para investir noutras relações (Coimbra de Matos, 2001; Grinberg, 2000). Para Freud (1917/1996), a libido em vez de ser dirigida para um outro objeto retira-se para o Eu que está num processo de identificação com o objeto perdido, sendo por isso natural a pontuação alta na faceta Afastamento, uma vez que o deprimido manifesta uma grande incapacidade de investir noutra relação, sendo natural que se afaste das outras pessoas.

O Ideal do Eu é demasiado exigente e o superego é precoce e esmagador e o indivíduo culpabiliza-se por não ser suficientemente bom para ser amado. Esta dependência relacional a esse objeto traduz-se no bloqueio da autonomia e da possibilidade de realização. Neste sentido, a incapacidade que o deprimido manifesta para investir noutra relação, o superego esmagador da ação espontânea do ego, a diminuição da energia psíquica e vital da libido, da motivação e do interesse pelo real e o pessimismo em relação ao futuro (Coimbra de Matos, 2001), podem explicar os resultados nestas duas facetas.

Relativamente à faceta Anedonia, que diz respeito à falta de energia e à incapacidade de sentir prazer nas atividades diárias, esta é, sem dúvida, uma das características da depressão, sendo que os resultados encontrados são bastante expectáveis. O superego severo bloqueia a satisfação e o prazer, punindo-se a si próprio (Coimbra de Matos, 2001) e o self encontra-se abafado pela culpa, inferioridade e pouca energia.

Em relação à Conscienciosidade não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos. Por outro lado, a Desinibição, domínio conceptualmente correspondente do PID-5, apresentou resultados significativamente mais elevados no grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos. Mais uma vez estes resultados poderão estar relacionados com as características deste grupo de participantes que é composto predominante por indivíduos com perturbações da personalidade *borderline* e perturbações aditivas e do uso de substâncias. À semelhança das perturbações depressivas, também as perturbações da personalidade *borderline* estão associadas a valores mais baixos no domínio Conscienciosidade (Lynam & Widiger, 2001) e a valores mais elevados no domínio Desinibição do PID-5 (Bach & Sellbom, 2016). As perturbações aditivas e do uso de substâncias também estão relacionadas com resultados baixos no domínio Conscienciosidade (Terracciano et al., 2008).

A Desinibição diz respeito à orientação para a gratificação imediata, havendo um comportamento impulsivo sem ter em consideração as consequências futuras. Se atendermos às características dos doentes *borderline* e até dos indivíduos com perturbações aditivas e do uso de substâncias percebemos que ambos apresentam enormes dificuldades no controlo dos impulsos (Krueger, Markon, Patrick, Benning, & Kramer, 2007; Trull, Waudby, & Sher, 2004), sendo por isso de esperar pontuações elevadas neste domínio.

No próprio Modelo Alternativo para as Perturbações da Personalidade do DMS-5 podemos observar no Critério B para o diagnóstico da perturbação da personalidade *borderline* que têm de estar presentes quatro ou mais de sete traços de personalidade patológicos, sendo que pelo menos um deles terá de ser a Impulsividade, o Envolvimento em comportamentos de risco ou a Hostilidade. Destes três traços, as facetas Impulsividade e Envolvimento em comportamentos de risco pertencem ao domínio Desinibição, sendo de esperar que estes traços sejam bastante acentuados nos doentes *borderline*. Os resultados encontrados no presente estudo corroboram estes dados, visto que a Impulsividade e o Envolvimento em comportamentos de riscos apresentaram resultados significativamente mais elevados no grupo de participantes com outros diagnósticos.

Relativamente ao domínio Antagonismo foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos de participantes, sendo que os participantes com diagnóstico de perturbação depressiva apresentaram valores significativamente mais baixos, tanto neste domínio como em todas as suas facetas. Atendendo à teoria psicodinâmica estes resultados fazem todo o sentido como irá ser discutido mais à frente. O funcionamento depressivo é caracterizado por sentimentos de menos valia, baixa autoestima (insuficiência narcísica), uma representação do self sem nenhum valor (baixa Grandiosidade) e sentimentos de culpa que originam uma introjeção da agressividade que deveria ser dirigida a um objeto externo (Coimbra de Matos, 2001). Nestes pacientes a hostilidade é predominante virada contra si próprio, pelo que estes resultados são concordantes com o quadro clínico da depressão e com a teoria psicodinâmica.

Desta forma foram alcançados os dois primeiros objetivos deste estudo, que pretendiam caracterizar as perturbações depressivas e diferenciá-las de outras perturbações psiquiátricas através do PID-5, que operacionaliza o critério B do Modelo Alternativo do DSM-5 para as Perturbações da Personalidade e através do NEO-FFI, que operacionaliza o Modelo dos Cinco Fatores. Assim, foram encontradas várias diferenças significativas entre o grupo de participantes com perturbações depressivas e o grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos. Em suma, os resultados no PID-5 sugerem resultados mais elevados no domínio Desprendimento e mais baixos no domínio Antagonismo e Desinibição em indivíduos com perturbação depressiva. Nas facetas Insegurança de separação, Hostilidade, Manipulação, Grandiosidade, Procura de atenção, Impulsividade, Envolvimento em comportamentos de risco, Crenças e experiências incomuns, Falsidade, Irresponsabilidade e Insensibilidade, os indivíduos com perturbação depressiva apresentaram resultados significativamente mais baixos. Por outro lado, nas

facetas Afastamento, Evitamento da intimidade, Anedonia e Depressividade, os valores foram significativamente mais elevados nos indivíduos com perturbação depressiva.

O terceiro objetivo deste estudo foi possível concretizar através dos resultados da análise de regressão, que permitiram compreender as relações entre as variáveis sociodemográficas e os traços de personalidade, avaliados através do PID-5, e as perturbações depressivas. Foi possível avaliar a capacidade preditiva das variáveis sociodemográficas e dos traços de personalidade, relativamente às pessoas com diagnóstico de perturbação depressiva e com outros diagnósticos psiquiátricos. Como referido anteriormente, o facto de a comparação ser feita com a população clínica enaltece os resultados, que podem ser um indicador forte de que alguns dos traços de personalidade onde foram encontradas diferenças significativas são essenciais na caracterização das perturbações depressivas.

Relativamente às variáveis sociodemográficas, ser do sexo masculino ou feminino não prediz de forma significativa a perturbação depressiva. Apesar de existirem estudos que mostram que as mulheres sofrem mais de depressão do que os homens (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007), este resultado poderá estar relacionado com as características do outro grupo de participantes, pois também existem evidências que mostram que a maioria da população diagnosticada com perturbação da personalidade *borderline* nas amostras clínicas é do sexo feminino (Moor, Distel, & Trull, 2009).

Por outro lado, os resultados mostraram que a idade prediz a perturbação depressiva, sendo que o avançar da idade aumenta a probabilidade de pertencer ao grupo com depressão. A literatura mostra-nos que a depressão é uma perturbação psiquiátrica muito comum entre os adultos mais velhos, que afeta a sua qualidade de vida e que nestas idades está associada a um quadro clínico com maior gravidade e a um maior risco de suicídio (Barbour & Blumenthal, 2005; Kok & Reynolds, 2017; Rodda, Walker, & Carter, 2011), sendo estimado que a sua prevalência aumente com o avançar da idade (Kok & Reynolds, 2017). Ainda assim, também existe literatura que defende que a depressão é menos prevalente entre adultos mais velhos do que entre adultos mais jovens (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007; Fiske, Wetherell, & Gatz, 2009).

Em relação aos domínios do PID-5, o Antagonismo foi o único domínio com capacidade preditiva. Neste caso, quanto mais baixo o valor do Antagonismo maior a probabilidade de pertencer ao grupo com diagnóstico de perturbação depressiva. Este domínio diz respeito a comportamentos que põem o indivíduo em desacordo com os outros, incluindo um sentido exagerado de autoimportância e uma antipatia insensível,

que abrange tanto uma falta de consciência em relação às necessidades e sentimentos dos outros, como uma prontidão para os usar em seu benefício.

Este resultado pode ser interpretado à luz da teoria psicodinâmica. O relacionamento de um depressivo é marcado pela dependência de um objeto protetor existindo poucos comportamentos de autonomia pelo medo de perder o objeto e pela ansiedade narcísica. Este medo leva a que o objeto seja internalizado e se converta numa instância crítica castradora do eu, que origina culpa e comportamentos masoquistas com a agressividade e punição a serem voltadas para o próprio. Esta conduta do depressivo é condicionada pela estrutura masoquista do eu e sadismo do supereu (Coimbra de Matos, 2001). Posto isto, faz sentido que quanto maior for a agressividade voltada para os outros, para o mundo exterior, menor seja a probabilidade de um indivíduo estar deprimido. Assim sendo, podemos interpretar que quanto mais baixas forem as pontuações em Antagonismo maior será a depressão. Por outro lado, as características do grupo com outros diagnósticos psiquiátricos também poderão ter contribuído para este resultado, uma vez que valores altos no Antagonismo poderão estar relacionados com a perturbação *borderline* (Bach & Sellbom, 2016) e com as perturbações aditivas e do uso de substâncias (Terracciano et., 2008).

Relativamente às facetas do PID-5, pontuações baixas em Falsidade, Impulsividade e Insegurança de separação predizem de forma significativa a probabilidade de pertencer ao grupo de participantes com perturbação depressiva. Como já foi discutido anteriormente estes resultados estarão relacionados com as características do grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos.

Por outro lado, pontuações altas nas facetas Depressividade e Suspeição aumentam a probabilidade de pertencer ao grupo de indivíduos com depressão. Os resultados na faceta Depressividade fazem todo o sentido, o indivíduo deprimido é caracterizado pelo abatimento, apatia, não tem qualquer esperança no sucesso pessoal, no futuro e o self é representado sem nenhum valor (Coimbra de Matos, 2001). Os resultados apontam para que este traço de personalidade medido pelo PID-5 possa ser um traço fundamental para o diagnóstico da depressão.

A faceta Suspeição diz respeito à sensibilidade a sinais de má-intenção, dúvidas sobre a lealdade dos outros, a sentir-se maltratado e perseguido. Estes resultados vão ao encontro das características do funcionamento depressivo: são indivíduos que revelam uma relativa dependência do “olhar” do outro e são muito sensíveis à crítica.

Por fim, o quarto objetivo deste estudo também foi alcançado e o PID-5 revelou-se um instrumento válido na caracterização das perturbações depressivas na população portuguesa, fazendo-o com bons resultados ao nível da precisão, especificamente da consistência interna.

Conclusões

A presente investigação propôs-se estudar as perturbações depressivas e as suas relações com os traços de personalidade através de dois modelos dimensionais, o Modelo dos Cinco Fatores da Personalidade e o Modelo Alternativo de Traços da Personalidade do DSM-5.

Evidenciaram-se diferenças significativas entre o grupo de participantes com perturbação depressiva e o grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos. No Modelo dos Cinco Fatores, a Extroversão apresentou resultados inferiores e a Amabilidade resultados superiores no grupo com perturbações depressivas. Quanto aos domínios do PID-5, os resultados mostraram níveis mais elevados no Desprendimento e mais baixos no Antagonismo e na Desinibição em indivíduos com perturbações depressivas. Ainda relativamente ao PID-5, nas facetas Insegurança de separação, Hostilidade, Manipulação, Grandiosidade, Procura de atenção, Impulsividade, Envolvimento em comportamentos de risco, Crenças e experiências incomuns, Falsidade, Irresponsabilidade e Insensibilidade, os indivíduos com perturbações depressivas apresentaram resultados significativamente mais baixos. Por outro lado, nas facetas Afastamento, Evitamento da intimidade, Anedonia e Depressividade, os valores foram significativamente mais elevados neste grupo.

A maior parte destes resultados, analisando-os à luz da teoria psicodinâmica e do que nos diz a literatura, vão ao encontro do esperado. Os resultados que não foram tão concordantes poderão estar relacionados com as características do grupo com outros diagnósticos psiquiátricos. Estas características poderão ter diminuído algumas das diferenças que seriam de esperar tendo em conta as características do funcionamento depressivo, mas por outro lado esta comparação com a população clínica realça ainda mais a importância das diferenças encontradas.

Ainda foi possível verificar que a idade e alguns domínios e facetas do PID-5 predizem a perturbação depressiva relativamente ao grupo com outros diagnósticos psiquiátricos. Em relação aos domínios, apenas o Antagonismo foi preditor da

perturbação depressiva, enquanto nas facetas, a Falsidade, a Impulsividade, a Insegurança de Separação, a Depressividade e a Suspeição mostraram-se preditores da depressão.

Em suma, os objetivos propostos neste trabalho foram atingidos.

Limitações e investigações futuras.

Este estudo apresentou também algumas limitações que importam referir. Em primeiro lugar, os instrumentos utilizados para a medir as variáveis estudadas foram apenas de autorrelato.

Em segundo lugar, o facto de a recolha de dados não ter sido realizada de forma uniforme para todos os participantes impediu o controlo de variáveis estranhas que podem ter tido influência nos resultados.

Em terceiro lugar, a heterogeneidade do grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos, poderá ter influenciado os resultados e ofuscado as diferenças, pelo que seria importante realizar um estudo comparativo com uma amostra da população geral.

Por fim, podemos apontar como limitação o número reduzido de pessoas com diagnóstico de perturbação depressiva comparativamente com o número de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos, sendo que no futuro seria interessante realizar um estudo com uma amostra maior de indivíduos com depressão. Seria ainda interessante estudar a diferenciação de diagnósticos dentro das perturbações depressivas, explorando possíveis diferenças entre os traços de personalidade.

Um dos contributos mais inovadores deste estudo foi a relação encontrada entre a depressão e o Antagonismo, não verificada em estudos anteriores. Tendo em conta o que nos diz a teoria psicodinâmica e até o quadro clínico da depressão, estes resultados são muito interessantes e fazem todo o sentido, pelo que seria muito importante aprofundar ainda mais a relação entre este domínio e a depressão. Seria também interessante perceber em que medida é que às características da outra amostra poderão ter acentuado os resultados.

Implicações clínicas.

A depressão é uma das perturbações mentais com maior prevalência em Portugal e no Mundo, sendo um problema de saúde pública em forte expansão e dos que mais afeta os portugueses e a sua qualidade de vida (Ministério da Saúde, 2018). É ainda considerada uma das perturbações de saúde mental mais frequentemente associada ao suicídio (WHO,

2017). Sabe-se que quanto mais cedo for diagnosticada e tratada, mais eficaz poderá ser o tratamento desta doença, mas, ainda assim, num Estudo Epidemiológico de Perturbações Mentais realizado em Portugal, os resultados mostraram que existe um intervalo de cerca de quatro anos desde o início dos sintomas até estes doentes receberem tratamento (Almeida & Xavier, 2013).

Neste sentido, a identificação de traços de personalidade associados a maior vulnerabilidade à depressão poderá ter implicações clínicas importantes no desenvolvimento de esforços de prevenção, na conceptualização de casos, no diagnóstico e na resposta ao tratamento (Hayward et al., 2013; Kotov et al., 2010). Assim, para compreender a depressão, não tanto em termos sintomáticos, mas do ponto de vista do funcionamento interno, é fundamental tentar compreender qual a sua relação com a personalidade.

Neste estudo, através das análises estatísticas realizadas ficou demonstrado que as perturbações depressivas apresentam várias relações significativas com os traços de personalidade do Modelo Alternativo do DSM-5 para as Perturbações da Personalidade. Os resultados permitiram dar conta da saliência de alguns traços desadaptativos da personalidade, que podem ser foco da terapia e ajudar a sinalizar pessoas que sejam mais propensas a sofrer depressão possibilitando o desenvolvimento de esforços de prevenção.

Referências bibliográficas

- Akhtar-Danesh, N., & Landeen, J. (2007). Relation between depression and sociodemographic factors. *International Journal of Mental Health Systems*, 1(4), 1-9. doi:10.1186/1752-4458-1-4
- Akiskal, H. S., Hirschfeld, R. M., & Yerevanian, B. I. (1983). The relationship of personality to affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 40, 801-810. doi:10.1001/archpsyc.1983.01790060099013
- Akiskal, H. S. (2005). Mood disorders: Historical introduction and conceptual overview. In B.J. Sadock, V.A. Sadock, & H.I. Kaplan (Eds.), *Kaplan and Sadock's - Comprehensive textbook of Psychiatry* (8th ed., Vol. 1, pp. 1563-1565). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Al-Dajani, N., Gralnick, T. M., & Bagby, R. M. (2016). A psychometric review of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): Current status and future directions. *Journal of Personality Assessment*, 98(1), 62-81. doi:10.1080/00223891.2015.1107572
- Almeida, J. M., & Xavier, M. (2013). Estudo epidemiológico nacional de saúde mental: 1º relatório. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa. Retrived from http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf
- American Psychiatric Association. (APA). (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5^a ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart & Wilson.

- Bach, B., & Sellbom, M. (2016). Continuity between DSM-5 categorical criteria and traits criteria for borderline personality disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(8), 489-494. doi:10.1177/0706743716640756
- Bagby, R. M., Ryder, A. G., & Schuller, D. R. (2003). Depressive personality disorder: A critical overview. *Current Psychiatry Reports*, 5(1), 16-22. doi:10.1007/s11920-003-0004-6.
- Barbour, K. A., & Blumenthal, J. A. (2005). Exercise training and depression in older adults. *Neurobiology of Aging*, 26(1), 119-123. doi:10.1016/j.neurobiolaging.2005.09.007
- Besser, A., Vliegen, N., Luyten, P., & Blatt, S. J. (2008). Systematic empirical investigation of vulnerability to postpartum depression from a psychodynamic perspective: Commentary on issues raised by Blum (2007). *Psychoanalytic Psychology*, 25(2), 392-410. doi:10.1037/0736-9735.25.2.392
- Blatt, S. (1974). Levels of object representation in analitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29(1), 107-157. doi:10.1080/00797308.1974.11822616
- Blatt, S. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, research and clinical perspectives*. Washington: American Psychological Association.
- Campos, R. C. (2009). *Depressivos somos nós: Considerações sobre a depressão, a personalidade e a dimensão depressiva da personalidade*. Coimbra: Almedina.
- Clark, L.A., & Watson, D. (1999). Temperament: A new paradigm for trait psychology. In L.A. Pervin & O.P. John (Eds.), *Handbook of personality* (2nd ed., pp. 399-423). New York: Guilford.
- Coimbra de Matos, A. (1994). Estados-limite: Etiopatogenia, patologia e tratamento. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 12, 132-153.

- Coimbra de Matos, A. (2001). *A depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Costa Jr, P. T., & McCrae, R. R. (1992). The five-factor model of personality and its relevance to personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 6(4), 343-359. doi:10.1521/pedi.1992.6.4.343
- De Clercq, B., De Fruyt, F., De Bolle, M., Van Hiel, A., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2014). The hierarchical structure and construct validity of the PID-5 trait measure in adolescence. *Journal of Personality*, 82(2), 158-169. doi:10.1111/jopy.12042
- Fava, M., Rankin, M. A., Wright, E. C., Alpert, J. E., Nierenberg, A. A., Pava, J., & Rosenbaum, J. F. (2000). Anxiety disorders in major depression. *Comprehensive Psychiatry*, 41(2), 97-102. doi:10.1016/S0010-440X(00)90140-8
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363-389. doi:10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621
- Freud, S. (1996). Luto e melancolia. In J. Salomão, (Ed. e Trad.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 244-263.). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1917)
- Gore, W. L., & Widiger, T. A. (2013). The DSM-5 dimensional trait model and five-factor models of general personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(3), 816- 821. doi:10.1037/a0032822
- Grinberg, L. (2000). *Culpa e depressão*. Lisboa. Climepsi Editores.
- Gullestad, S. E. (2003). One depression or many? *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 26(2), 123-130. doi:10.1080/01062301.2003.10592920
- Hayward, R. D., Taylor, W. D., Smoski, M. J., Steffens, D. C., & Payne, M. E. (2013). Association of five-factor model personality domains and facets with presence, onset and treatment outcomes of major depression in older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(1), 88-96. doi:10.1016/j.jagp.2012.11.012

- Horner, M. S., & Diamond, D. (1996). Object relations development and psychotherapy dropout in borderline outpatients. *Psychoanalytic Psychology*, 13(2), 205–223. doi:10.1037/h0079648
- Instituto Nacional de Estatística. (2016). *Inquérito nacional de saúde: 2014*. Lisboa: INE. Retrived from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2
- Kernberg, O. (1967). Borderline Personality Organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641–685. doi:10.1177/000306516701500309
- Kernberg, O. (1970). A psychoanalytic classification of character pathology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18(4), 800-822. doi:10.1177/000306517001800403
- Klein, D. N., Kotov, R., & Bufferd, S. J. (2011). Personality and depression: Explanatory models and review of the evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 269-295. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032210-104540
- Kim, S.E., Kim, H.N., Cho, J., Kwon, M.J., Chang, Y., Ryu, S., ... Kim, H.L. (2016). Direct and indirect effects of five factor personality and gender on depressive symptoms mediated by perceived stress. *Plos One* 11(6), e0157204. doi:10.1371/journal.pone.0157204
- Kok, R. M., & Reynolds, C. F. (2017). Management of depression in older adults: A review. *Jama*, 317(20), 2114-2122. doi:10.1001/jama.2017.5706
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., & Watson, D. (2010). Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(5), 768-821. doi:10.1037/a0020327

- Krueger, R. F., Markon, K. E., Patrick, C. J., Benning, S. D., & Kramer, M. D. (2007). Linking antisocial behaviour, substance use, and personality: An integrative quantitative model of the adult externalizing spectrum. *Journal of abnormal psychology, 116*(4), 645-666. doi:10.1037/0021-843X.116.4.645
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine, 42*(9), 1879-1890. doi:10.1017/S0033291711002674
- Krueger, R. F., Hopwood, C. J., Wright, A. G. C., & Markon, K. E. (2014). DSM-5 and the path toward empirically based and clinically useful conceptualization of personality and psychopathology. *Clinical Psychology: Science & Practice, 21*(3), 245-261. doi:10.1111/cpsp.12073
- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2014). The role of the DSM-5 personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 10*(7), 1-25. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032813-153732
- Lima, M. P. (1997). *NEO-PI-R Contextos teóricos e psicométricos: Ocean ou Iceberg?*. Tese de doutoramento. Coimbra: FPCE-UC. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10316/1006>
- Lima, M. P. & Simões, A. (2006). Inventário de Personalidade NEO revisto (NEO-PI-R). In M. Gonçalves, L. Almeida, M. Simões, & C. Machado (Eds.), *Avaliação Psicológica - Instrumentos validados para a População Portuguesa* (2ª ed., Vol. 1, pp. 15-32). Coimbra: Quarteto.
- Lima, M. P., Magalhães, E., Salgueira, A., Gonzalez, A. J., Costa, J. J., Costa, M. J., & Costa, P. (2014). A versão portuguesa do NEO-FFI: Caracterização em função da

- idade, gênero e escolaridade. *Psicologia*, 28(2), 1–10.
doi:10.17575/rpsicol.v28i2.534
- Links, P. S., Heslegrave, R., & Reekum, R. V. (1999). Impulsivity: Core aspect of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 13(1), 1-9.
doi:10.1521/pedi.1999.13.1.1
- Lynam, D. R., & Widiger, T. A. (2001). Using the five-factor model to represent the DSM-IV personality disorders: An expert consensus approach. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(3), 401 -412. doi:10.1037//0021-843X. 110.3.401
- Lynam, D. R., Hoyle, R. H., & Newman, J. P. (2006). The perils of partialling: Cautionary tales from aggression and psychopathy. *Assessment*, 13(3), 328-341.
doi:10.1177/1073191106290562.
- Magalhães, E., Salgueira, A., Gonzalez, A. J., Costa, J. J., Costa, M. J., Costa, P., & Lima, M. P. (2014). NEO-FFI: Psychometric properties of a short personality inventory in Portuguese context. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(4), 642-657.
doi:10.1590/1678-7153.201427405
- Mahler, M. (1982). Alguns aspetos da fase de separação-individuação. In H.M. Souza (Ed. e Trad.), *O processo de Separação-Individuação* (pp. 13-25). Porto Alegre: Editora Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1979)
- Maj, M. (2010). “Clinical depression” vs Understandable sadness”: Is the difference clear, and is it relevant to treatment decisions?. *Asian Journal of Psychiatry*, 3(3), 96-98. doi:10.1016/j.ajp.2010.07.004
- Maranga, A. R. (2002). Organizações borderline: Aspectos psicodinâmicos. *Análise Psicológica*, 20(2), 219-223. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v20n2/v20n2a03.pdf>

- Marôco, J. (2018). *Análise estatística com o SPSS Statistics: 7ª edição*. Pêro Pinheiro: ReportNumber, Lda.
- McAdams, D. P., & Olson, B. D. (2010). Personality development: Continuity and change over the life course. *Annual Review of Psychology*, 61, 517-542. doi:10.1146/annurev.psych.093008.100507
- McCrae, R. R., & Costa Jr, P. T. (2004). A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 587-596. doi:10.1016/S0191-8869(03)00118-1
- McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (2013). Introduction to the empirical and theoretical status of the five-factor model of personality traits. In T. A. Widiger & P. T. Costa, Jr. (Eds.), *Personality disorders and the Five-Factor Model of Personality* (pp. 15-27). Washington: American Psychological Association.
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da saúde, Portugal*. Lisboa: Ministério da Saúde. Retrived from https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
- Morey, L. C., Shea, M. T., Markowitz, J. C., Stout, R. L., Hopwood, C. J., Gunderson, J., ... & Skodol, A. E. (2010). State effects of major depression on the assessment of personality and personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 167(5), 528-535. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09071023
- Moor, H. M., Distel, M. A., & Trull, T. J. (2009). Assessment of borderline personality features in population samples: Is the Personality Assessment Inventory – Borderline Features scale measurement invariant across sex and age?. *Psychological Assessment*, 21(1), 125–130. doi:10.1037/a0014502
- Naragon-Gainey, K., Watson, D., & Markon, K. (2009). Differential relations of depression and social anxiety symptoms to the facets of extraversion/positive

- emotionality. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(2), 299-310. doi:10.1037/a0015637.
- Ormel, J., Oldehinkel, A.J., & Brilman, E.I. (2001). The interplay and ecological continuity of neuroticism, difficulties, and life events in the etiology of major and subsyndromal, first and recurrent depressive episodes in later life. *American Journal of Psychiatry*, 158(6), 885-891. doi:10.1176/appi.ajp.158.6.885
- PDM Task Force. (2006). *Psychodynamic diagnostic manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Petersen, T, Bottonari, K ., Alpert, J. E., Fava, M., & Nierenberg, A. A.(2001). Use of the five-factor inventory in characterizing patients with major depressive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42(6), 488-493. doi:10.1053/comp.2001.27897
- Pires, R., Ferreira, A. S., & Guedes, D. (2017). The psychometric properties of the Portuguese version of the Personality Inventory for DSM-5. *Scandinavian Journal of Psychology*, 58(5), 468-475. doi:10.1111/sjop.12383
- Pires, R., Sousa Ferreira, A., Guedes, D., Gonçalves, B., & Henriques-Calado, J. (2018). Estudo das propriedades psicométricas – formas longa, reduzida e breve – da versão portuguesa do Inventário da Personalidade para o DSM-5 (PID-5). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 47(2), 197-212. doi:10.21865/RIDEP47.2.14
- Pires, R., Sousa Ferreira, A., Gonçalves, B., Henriques-Calado, J., & Paulino, M. (2019). The Portuguese version of the Personality Inventory for the DSM-5 in a community and a clinical sample. *Personality and Mental Health*, 13(1), 40-52. doi:10.1002/pmh.1437

- Ryder, A. G., Bagby, R. M., & Schuller, D. R. (2002). The overlap of depressive personality disorder and dysthymia: A categorical problem with a dimensional solution. *Harvard Review of Psychiatry*, 10(6), 337-352. doi:10.1080/10673220216230
- Rodda, J., Walker, Z., & Carter, J. (2011). Depression in older adults. *British Medical Journal*, 343, 683-687. doi: 10.1136/bmj.d5219
- Roskam, I., Galdiolo, S., Hansenne, M., Massoudi, K., Rossier, J., Gicquel, L., & Rolland, J-P. (2015). The psychometric properties of the French version of the Personality Inventory for DSM-5. *Plos One*, 10(7), 1-13. doi:10.1371/journal.pone.0133413
- Sayar, K., Kirmayer, L. J., & Taillefer, S. S. (2003). Predictors of somatic symptoms in depressive disorder. *General Hospital Psychiatry*, 25(2), 108-114. doi:10.1016/S0163-8343(02)00277-3
- Schultz, D. P., & Schultz, S. E. (2008). *Theories of personality* (9^a ed.). Wadsworth: Cengage Learning.
- Scollon, C., & Diener, E. (2006). Love, work, and changes in extraversion and neuroticism over time. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(6), 1152-1165. doi:10.1037/0022-3514.91.6.1152
- Skodol, A. E., Clark, L. A., Bender, D. S., Krueger, R. F., Morey, L.C., Verheul, R., ... & Oldham, J. M. (2011). Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 Part I: Description and rationale. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(1), 4-22. doi:10.1037/a0021891
- Sleep, C.E., Hyatt, C.S., Lamkin, J., Maples-Keller, J., & Miller, J. D. (2017). Examining the relations among the DSM-5 alternative model of personality, the five-factor model, and externalizing and internalizing behavior. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*. 9(4), 379-384. doi:10.137/per0000240

- Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental. (2016). *Perturbações depressivas ou depressões*. Retrieved from <https://www.sppsm.org/informemente/guia-essencial-para-jornalistas/perturbacoes-depressivas-ou-depressoos/>
- Suzuki, T., Griffin, S. A., & Samuel, D. B. (2017). Capturing the DSM–5 alternative personality disorder model traits in the five-factor model’s nomological net. *Journal of Personality*, 85(2), 220-231. doi:10.1111/jopy.12235
- Terracciano, A., Costa Jr, P. T., & McCrae, R. R. (2006). Personality plasticity after age 30. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(8), 999-1009. doi:10.1177/0146167206288599
- Terracciano, A., Löckenhoff, C. E., Crum, R. M., Bienvenu, O. J., & Costa, P. T. (2008). Five-Factor Model personality profiles of drug users. *BMC Psychiatry*, 8(22), 1-10. doi:10.1186/1471-244X-8-22
- Trull, T. J., Sher, K. J., Minks-Brown, C., Durbin, J., & Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. *Clinical Psychology Review*, 20(2), 235-253. doi:10.1016/S0272-7358(99)00028-8.
- Trull, T. J., Waudby, C. J., & Sher, K. J. (2004). Alcohol, tobacco, and drug use disorders and personality disorder symptoms. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 12(1), 65-75. doi:10.1037/1064-1297.12.1.65
- Trull, T. J., & Durrett, C. A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 355-380. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144009
- Widiger, T. A., & Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. *Journal of Personality Disorders*, 19(2), 110-130. doi:10.1521/pedi.19.2.110.62628

Widiger, T. A. (2007). Dimensional models of personality disorder. *World Psychiatry*, 6(2), 79-83.

World Health Organization. (WHO). (2017). *Depression and other common mental disorders*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>

ANEXOS

Anexo A

Definições dos domínios e facetas de personalidade do DSM-5 (adaptado de APA, 2014).

Afetividade Negativa (vs. Estabilidade Emocional)	Experiências frequentes e intensas de emoções negativas (e.g., ansiedade, depressão, culpa, raiva) e das suas manifestações comportamentais interpessoais associadas
Labilidade emocional	Instabilidade de experiências emocionais e do humor; emoções facilmente despertáveis, intensas e desproporcionais relativamente aos acontecimentos.
Ansiedade	Nervosismo, preocupação frequente com os efeitos negativos de experiências passadas desagradáveis e com acontecimentos futuros; pessimismo.
Insegurança de separação	Medo de ficar só por rejeição ou separação das pessoas que são significativas. Este medo resulta do sentimento de falta de confiança na capacidade para tomar conta de si, física e emocionalmente.
Submissão	Adaptação do comportamento aos interesses e desejos dos outros, mesmo quando isso é contra os seus interesses, desejos ou necessidades.
Hostilidade	Sentimentos frequentes de raiva, zanga ou irritabilidade em resposta a insultos menores; comportamento maldoso, e vingativo.
Perseveração	Persistência em tarefas ou modos particulares de fazer as coisas mesmo quando o comportamento em causa já não se revela eficaz; manutenção de comportamentos que levam ao fracasso e que deviam ser interrompidos.

Desprendimento (vs. Extroversão)	Evitamento de experiências socioemocionais, incluindo o distanciamento em relação a interações interpessoais e experiência afetiva limitada; pouca capacidade de experimentar a satisfação.
---	---

Afastamento	Preferência por estar só a estar com os outros; evitamento de situações sociais.
Evitamento de intimidade	Evitamento de relações amorosas íntimas e de relações de amizade próximas.
Anedonia	Falta de satisfação e de energia para viver, incapacidade de sentir prazer e de interesse nas atividades diárias.
Depressividade	Sentimentos de tristeza, falta de esperança; dificuldade em ultrapassar este estado de espírito; pessimismo em relação ao futuro; sentimentos de vergonha e de culpa; sentimentos de inferioridade; ideação suicida.
Afetividade restrita	Pouca reação emocional às situações; experiência e expressão emocional limitadas; indiferença e distanciamento em relação a situações que apelam aos afetos.
Suspeição	Desconfiança em relação às intenções dos outros e dúvidas sobre a sua lealdade e fidelidade; sentimentos de ter sido maltratado, usado ou vítima da perseguição por parte dos outros.
Antagonismo (vs. Amabilidade)	Comportamentos que colocam o indivíduo em desacordo com as outras pessoas, como uma exagerada valorização de si e a expectativa de um tratamento especial, antipatia e insensibilidade em relação aos outros, que envolve tanto a desatenção em relação às necessidades dos outros, como a prontidão em os usar para benefício próprio.
Manipulação	Uso de subterfúgios para influenciar ou controlar os outros e atingir objetivos pessoais.
Falsidade	Desonestidade e representação distorcida do próprio; tendência para embelezar ou inventar coisas.
Grandiosidade	Crença de superioridade em relação aos outros e expectativa de um tratamento especial; egocentrismo.

Procura de atenção	Envolver-se em comportamentos que foquem em si a atenção e admiração dos outros.
Insensibilidade	Despreocupação com os sentimentos e problemas dos outros; ausência de culpa ou remorso das consequências negativas das suas ações.
Desinibição (vs. Conscienciosidade)	Procura de uma gratificação imediata, que origina comportamentos impulsivos sem consideração por pelas consequências futuras.
Irresponsabilidade	Desconsideração por obrigações ou compromissos, desrespeito por acordos e promessas, falta de cuidado com a propriedade dos outros.
Impulsividade	Reação imediata aos estímulos externos, sem planeamento ou consideração pelas consequências, dificuldade em estabelecer e seguir planos, sentimento de urgência e comportamento autoagressivo sob mal-estar emocional.
Distratibilidade	Dificuldade em concentrar-se e focar-se nas tarefas; atenção facilmente desviada por estímulos externos; dificuldade em manter comportamentos orientados para objetivos
Envolvimento em comportamentos de risco	Envolver-se em atividades perigosas e potencialmente autolesivas, sem necessidade nem consideração pelas consequências; negação da realidade do perigo
Perfeccionismo rígido (ausência de)	Insistência rígida para que tudo corra perfeito e sem erros, no seu desempenho e no dos outros; crença de que há apenas uma forma correta de fazer as coisas e dificuldade em mudar de ideias; preocupação com organização e detalhe.
Psicoticismo (vs. Lucidez)	Comportamentos e cognições estranhas, excêntricas, bizarras e incongruentes com a cultura, incluindo processos (e.g., percepção) e conteúdos (e.g., crenças).

Crenças e experiências incomuns	Crença de que se tem capacidades invulgares (e.g., leitura da mente) e experiências de realidade incomuns (e.g., alucinações).
Excentricidade	Comportamento, aparência e discurso estranhos, bizarros e pouco usuais; pensamentos estranhos, imprevisíveis e discurso inapropriado.
Desregulação cognitiva e percetual	Processo do pensamento e experiências estranhas ou incomuns (e.g., despersonalização, controlo do pensamento).
